SIGE

PROPUESTA SISTEMATIZACION DE EXPERIENCIAS

PROPUESTA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

MODALIDAD PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES, VOCACIONES Y TALENTOS DE ADOLESCENTES Y JOVENES

CONTRATO NO. 76005402023

VALLE DEL CAUCA 2023

INTRODUCCIÓN:

La fundación El Sembrador con el objetivo de ser aliados de las ofertas que impacte de manera efectiva y la búsqueda constante de mejora en las propuestas de intervención en las diferentes comunidades, estructura e implementa esta propuesta de metodología para la sistematización de la experiencia de la modalidad para El Fortalecimiento De Habilidades, Vocaciones Y Talentos De Adolescentes Y Jóvenes, en donde se busca posibilitar el análisis reflexivo de la práctica desarrollada en los territorios y la identificación de resultados tangibles en los procesos ejecutados.

La siguiente propuesta de sistematización conserva la intencionalidad transformadora y su compromiso con la participación, por tanto, busca que todos los que están dentro del proceso, en sus diferentes fases, tengan posibilidad de participar; todos son “sujetos” activos con capacidades críticas y de reflexión.

Además, la sistematización aquí propuesta aspira a una relación de armonía entre el sistematizador y el contexto, a una manera de relacionarse con las cosas basada en el respeto, buscando el encuentro y la apertura a múltiples voces. También se invita a sistematizar reconociendo que la realidad es compleja, que se parece a un laberinto con muchas entradas y muchas salidas, que suponen búsquedas imprevisibles.

Otro punto que destacar es que la sistematización promueve que los participantes se afirmen como autores en cada momento, cuando observen y analicen los productos construidos entiendan que no tienen un juicio de valor, que todos los elementos que aporten son igual de valiosos para el proceso y a lo que apunta es al fortalecimiento de los procesos de atención de la dirección de Adolescencia y Juventud del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

En esa perspectiva, se establecieron algunas variables que se busca intervenir durante la operación del programa, en el desarrollo de cada componente, de tal manera que se puedan identificar resultados observables del trabajo con los adolescentes y jóvenes, en términos de transformaciones logradas, aprendizajes, tensiones/conflictos, y retos hacia el futuro, en relación con:

- Fortalecimiento de habilidades, vocaciones, talentos y construcción de planes de vida.
- Formación para la prevención especifica de riesgos.
- Promoción de la salud mental y el buen vivir (Encuentro con familias y comunidades)
- Gobernanza para la construcción de paz.

Consecuentemente, el resultado de la presente sistematización de la experiencia se constituye como insumo clave para el abordaje de cada componente de trabajo; de manera que se convierta en un referente clave para otras experiencias o iniciativas. Así mismo, el documento debe será un aporte, en términos de innovación metodológica, para desarrollar estrategias de prevención que incorporen la movilización social como plataforma de transformación de realidades y construcción de entornos protectores.

Objetivo general:

Aportar en la gestión del conocimiento y fortalecimiento técnico y operativo modalidad para El Fortalecimiento De Habilidades, Vocaciones Y Talentos De Adolescentes Y Jóvenes a partir del registro de la experiencia de implementación teniendo en cuenta los factores de éxito, aspectos de mejora, logros y lecciones aprendidas de acuerdo con las vivencias del ecosistema de participantes y del equipo profesional.

Objetivos específicos:

Identificar y plasmar los logros de la implementación de la modalidad, incluyendo experiencias exitosas y principales transformaciones en la población atendida.

Describir cuales fueron las lecciones del proceso de implementación teniendo en cuenta las experiencias de los adolescentes y jóvenes participantes, así como de los profesionales del operador.

Identificar y plasmar las recomendaciones técnico – operativas para futuras implementaciones del Programa en el territorio a partir de las lecciones aprendidas.

PLANTEAMIENTO DE LA EXPERIENCIA A SISTEMATIZAR

Descripción de la modalidad para el Fortalecimiento de Habilidades, Vocaciones y Talentos de Adolescentes y jóvenes

Se estructura a partir del reconocimiento de las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos, con habilidades y capacidad de agencia para movilizar el cambio social y las transformaciones que se requieren como país. Igualmente reconoce y asume los enfoques diferenciales e intersectoriales como aspectos fundamentales para que las acciones implementadas respondan a las necesidades y particularidades de la población adolescente y joven a lo largo del territorio nacional.

Así mismo, reconoce la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado en la protección y desarrollo integral y en el papel protagónico en la construcción de los planes de vida para las y los adolescentes y jóvenes, por lo tanto, se espera promover el fortalecimiento de capacidades en las familias frente la protección y promoción de derechos, a la vez que se armoniza los mecanismos de articulación y participación comunitaria en favor de las acciones de promoción de derechos y acciones de prevención de vulneraciones de la adolescencia y la juventud en los territorios, con el fin de consolidar comunidades protectoras, inclusivas, integrales que velen por su derecho a la vida y la construcción de paz territorial.

La Modalidad propone una apuesta pedagógica en la que las y los adolescentes y jóvenes elegirán de acuerdo con sus vocaciones, talentos e interés los ejes movilizadores (I. Arte y Cultura; II. Comunicación y Narrativas; III. Ciencia, conocimiento propio y TIC; y IV. Deporte y Recreación); que se articulan con los componentes transversales de todo el proceso (I. Fortalecimiento de habilidades, vocaciones, talentos y construcción de planes de vida; II. Promoción para la prevención especifica de riesgos; III. Promoción de la salud mental y Buen vivir y IV. Gobernanza para la construcción de paz) que se desarrollan a partir de cada encuentro.

A su vez cada encuentro se aborda desde una apuesta de las pedagogías del cuidado, del amor y la memoria, con las cuales se transita en los principios orientadores del Buen Vivir (Cuidado propio, cuidado mutuo y cuidado de lo otro) fortaleciendo de manera holística e integral el sentido de vida de cada adolescente y/o joven indistintamente del número de encuentros o el momento de la ruta metodológica (I. Esencial y II. Profundización) en el que se encuentre.

Objetivo general de la modalidad

Fortalecer las capacidades, habilidades, vocaciones y talentos, de las y los adolescentes y jóvenes entre los 14 y 28 años, 11 meses y 29 días, a través de escenarios de acompañamiento, formación, desarrollo, promoción del buen vivir y garantía de derechos, para la construcción integral de su autonomía y planes de vida.

Objetivos específicos de la modalidad

- Promover acciones que contribuyan con la proyección de los planes de vida de las y los adolescentes y jóvenes, partiendo de sus intereses, talentos, vocaciones, y del fortalecimiento de sus habilidades para la vida.
- Fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas de las y los adolescentes y jóvenes, para la prevención de riesgos específicos, la promoción y garantía de sus derechos, el buen vivir y la construcción de paz territorial.
- Fomentar la participación y critica de los y las adolescentes y jóvenes con el fin de potenciar su agencia e incidencia en la construcción de entornos seguros, libres de discriminación y violencias para la transformación social, cultural y territorial.

Población objetivo de la modalidad

La población sujeta de atención de la “Modalidad para el Fortalecimiento de Habilidades, Vocaciones y Talentos de Adolescentes y Jóvenes” son personas entre los 14 y 28 años, 11 meses

y 29 días, en condición de vulnerabilidad social, territorial, y de mayor exposición a riesgos psicosociales.

Referentes para la sistematización

La ejecución de la modalidad la componen tres (3) etapas: alistamiento, implementación y cierre. Dichas etapas son la guía y los estructurantes del proceso de sistematización, pues con ellos, podremos realizar un proceso organizado y que logre recoger a partir de evidencias, las características del desarrollo de cada una de ellas.

1. Etapa de Alistamiento: se deben realizar todas las acciones de preparación para la implementación de la modalidad en territorio, tales como: la planeación del desarrollo de la modalidad; el mapeo territorial; la convocatoria y búsqueda activa de las y los adolescentes, jóvenes y sus familias; la selección y cualificación del talento humano; aplicación del perfil 3602 a las y los adolescentes y jóvenes, y la consecución de los espacios.
2. Etapa de Implementación: entendida como las actividades que se desarrollan directamente con las y los adolescentes, los jóvenes sus familias y entornos comunitarios e institucionales. El desarrollo de esta etapa es la realización de encuentros enmarcados en cuatro (4) componentes de acuerdo con las orientaciones de los ejes movilizadores. De igual manera, se realiza en esta etapa las acciones transversales en espacios dirigidos al servicio de escucha activa y orientación, la gestión de oportunidades y experiencias con y para las y los adolescentes y jóvenes, las actividades de movilización del eje orientador, y la aplicación del perfil 360 de salida.
3. Etapa de Cierre: En esta etapa se deben promover actividades de cierre dirigidas a las y los adolescentes y jóvenes participantes de la modalidad, sus familias y comunidades, socializando los resultados del proceso de la modalidad, a partir del reconocimiento de

las experiencias y voces de quienes han participado, la memoria social de lo habitado en el territorio y la reflexión sobre sus procesos propios, colectivos en el marco del buen vivir.

Es importante tener en cuenta que en lo concerniente al contrato número 76005402023 pactado entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Fundación El Sembrador, este no contempla el desarrollo de las etapas de la modalidad según manual operativo, ni lo expuesto en la guía metodológica, es un contrato que tiene la particularidad de ser de operación rápida, por tanto las etapas estarán sujetas adaptadas desde la gestión metodológica y con expreso acuerdo y validación de las partes, solo la implementación de la ruta esencial adaptada para 2 meses.

Aspectos metodológicos de la sistematización

A continuación, se relacionan 3 etapas de implementación del proceso de sistematización de la siguiente manera:

1. Alistamiento
2. Implementación
3. Cierre

Y dichas etapas van de la mano con su respectivo proceso de análisis y construcción de informe de parte de las gestoras metodológicas.

ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA SISTEMATIZACIÓN			
ETAPAS	**INSTRUMENTOS Y TECNICAS**	**PARTICIPANTES**	**ESTRATEGIA DE ANALISIS**
ALISTAMIENTO (Recolección de información)	APLICACIÓN DE INSTRUMENTO IMAGINATURAS Y NARRATIVAS	TOTALIDAD DEL TALENTO HUMANO	Analisis cualitativo de la información
ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	Construcción de informe cualitativo de las experiencias recogidas	GESTORAS METODOLOGICAS	Analisis cualitativo de la información
IMPLEMENTACIÓN (Recolección de la información)	APLICACIÓN DE INSTRUMENTO IMAGINATURAS Y NARRATIVAS	ADOLESCENTES Y JOVENES (Muestra de 10 por cada 100 particpantes)	Analisis cualitativo de la información
ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	Construcción de informe cualitativo de las experiencias recogidas	GESTORAS METODOLOGICAS	Analisis cualitativo de la información
CIERRE (Recolección de la información))	APLICACIÓN DE INSTRUMENTO IMAGINATURAS Y NARRATIVAS	TOTALIDAD DEL TALENTO HUMANO	Analisis cualitativo de la información
ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	Construcción de informe cualitativo de las experiencias recogidas	GESTORAS METODOLOGICAS	Analisis cualitativo de la información

En lo concerniente a la población, las etapas de alistamiento y cierre se trabajarán de la mano con el equipo profesional contratado para la ejecución de la modalidad, mientras que la etapa de implementación se indagarán los aspectos de análisis con una muestra de 10 adolescente y los jovenes por cada 100 cupos.

A continuación podrán identificar la herramienta diseñada denominada ***"Imaginaturas y narrativas",*** instrumento diseñado con la finalidad de acercarse a la experiencia de cada uno de los participantes de la modalidad desde los diferentes roles desempeñados.

INSTRUMENTO NO. 1 IMAGINATURA Y NARRATIVAS SOBRE LA FASE DE ALISTAMIENTO

Nombre y rol de la persona abordada:		
FASE A EVALUAR: ALISTAMIENTO		
LOGROS. Utiliza las siguientes casillas para ilustrar a traves de una caricatura, un logro de la fase de alistamiento.		
PREGUNTAS GUIA: ¿PARA TI CUAL ES UN LOGRO DE ESTA FASE? ¿MENCIONA UNA EXPERIENCIA EXISOTA?		
LECCIONES. Utiliza las siguientes casillas para ilustrar a traves de una caricatura, una lección de la fase de alistamient		
PREGUNTAS GUIA: ¿PARA TI CUAL FUE UNA LECCIÓN APRENDIDA DE LA FASE?		
RECOMENDACIONES. Utiliza las siguientes casillas para ilustrar a traves de una caricatura, una recomendación de la fase de alistamiento.		
PREGUNTAS GUIA: ¿QUE RECOMENDARIAS PARA MEJORAR ESTA FASE?		

Este primer instrumento es aplicado a la totalidad del talento humano, una vez terminada la fase de alistamiento, que cobija la focalización de los cupos a atender durante la vigencia de la modalidad.

INSTRUMENTO NO. 2 IMAGINATURAS Y NARRATIVAS SOBRE LA FASE DE IMPLEMENTACIÓN

Nombre y rol de la persona abordada:		
FASE A EVALUAR: IMPLEMENTACIÓN		
LOGROS. Utiliza las siguientes casillas para ilustrar a traves de una caricatura, un logro de la fase de alistamiento.		
PREGUNTAS GUIA: ¿PARA TI CUAL ES UN LOGRO DE ESTA FASE? ¿MENCIONA UNA EXPERIENCIA EXISOTA?		
LECCIONES. Utiliza las siguientes casillas para ilustrar a traves de una caricatura, una lección de la fase de alistamient		
PREGUNTAS GUIA: ¿PARA TI CUAL FUE UNA LECCIÓN APRENDIDA DE LA FASE?		
RECOMENDACIONES. Utiliza las siguientes casillas para ilustrar a traves de una caricatura, una recomendación de la fase de alistamiento.		
PREGUNTAS GUIA: ¿QUE RECOMENDARIAS PARA MEJORAR ESTA FASE?		

Este segundo instrumento es aplicado a una muestra de 10 adolescentes, jóvenes y/o padres de familia que hayan sido beneficiarios de la modalidad y hayan participado activamente del proceso

INSTRUMENTO NO. 3 IMAGINATURAS Y NARRATIVAS SOBRE LA FASE DE CIERRE

Nombre y rol de la persona abordada:		
FASE A EVALUAR: CIERRE		
LOGROS. Utiliza las siguientes casillas para ilustrar a traves de una caricatura, un logro de la fase de alistamiento.		
PREGUNTAS GUIA: ¿PARA TI CUAL ES UN LOGRO DE ESTA FASE? ¿MENCIONA UNA EXPERIENCIA EXISOTA?		
LECCIONES. Utiliza las siguientes casillas para ilustrar a traves de una caricatura, una lección de la fase de alistamient		
PREGUNTAS GUIA: ¿PARA TI CUAL FUE UNA LECCIÓN APRENDIDA DE LA FASE?		
RECOMENDACIONES. Utiliza las siguientes casillas para ilustrar a traves de una caricatura, una recomendación de la fase de alistamiento.		
PREGUNTAS GUIA: ¿QUE RECOMENDARIAS PARA MEJORAR ESTA FASE?		

Este tercer instrumento es aplicado a la totalidad del talento humano, una vez terminada la fase de alistamiento, que cobija la focalización de los cupos a atender durante la vigencia de la modalidad.

INFORME MEDIO AMBIENTE

EL SEMBRADOR SEMILLAS PARA EL FUTURO

En Cumplimiento de la obligación contractual relacionada con "*Utilizar productos, empaques y materiales amigables con el medio ambiente".*

Se certifica mediante la presente que para el contrato N° 76005042023 de fecha 04/10/2023, que para el cumplimiento de la obligación en mención se utilizaron los siguientes productos, empaques y/o materiales durante la ejecución del contrato:

NOMBRE DEL PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO	FICHA TÉCNICA (*SI/NO)*
Papel blanco u oficio resma.	Es un papel fabricado a partir de la fibra de caña de azúcar y está catalogado como un amigo de la naturaleza, mediante el proceso de elaboración de este papel. Esta fibra se reduce los desechos sólidos y se produce un papel fino, biodegradable y reciclable	
El cartón, cajas.	El cartón es el material más amigable con la naturaleza; por ser 100% más biodegradable porque en su fabricación se reduce un 60% en las emisiones de CO2 convirtiéndolo en un producto sostenible. El cartón reciclado no pierde durabilidad ni resistencia, no pierde calidad ni propiedades. Y su almacenamiento es fácil y se puede en grandes cantidades.	El cartón es fabricado por calibres. Sus laminas están compuestas por fibras de celulosa largas y cortas que se adquieren del papel reciclado.
Papel craft	Papel kraft reciclado: Ideal para embalar sus productos. Papel kraft natural: Es ideal	El papel kraft es 100% renovable, reciclable y biodegradable. Además, ocupa poco espacio y es económico.

PÚBLICA

NOMBRE DEL PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO	FICHA TÉCNICA (*SI/NO*)
	para el embalaje de productos por su rigidez y buena presentación.	
Observaciones:		

Dado en Cali, en el mes de octubre de 2023

Atentamente,

Lisseth Toro

LISSETH KATHERINE TORO
Cargo: Coordinadora General
Cédula:67.040.596

PÚBLICA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

PLAN DE INFORMACIÓN

PLAN DE RECUPERACIÓN Y CONTINGENCIA DEL RIESGO DE LA INFORMACIÓN

- Todo documento físico que se ha dispuesto para su exclusión y contenga datos personales o sensible, debe ser eliminado en forma segura antes de depositarlo en la papelera de reciclaje (tachado con marcador negro en la información sensible y fragmentado en partes pequeñas).

Fundacion EL SEMBRADOR
Semillas para el Futuro



- Para los casos (uso en redes sociales, informes al supervisor, actividades lúdicas o educativas, etc.) que se requiera evidencias fotográficas de adolescentes, jóvenes o padres de familia, es necesario contar con la debida autorización.

Buenas prácticas de Seguridad de la Información



1. Se DEBE realizar copias de seguridad de los equipos donde se almacena información del ICBF y El Sembrador Semillas para El Futuro, con el fin de garantizar la protección de la información de manera segura. Disco externo, USB, plataformas digitales y equipos. CON FRECUENCIA MINIMO CADA MES.

1. Se DEBE:

- Colocar nombres cortos a los archivos y carpetas sin utilizar, caracteres especiales (*-/¿.. etc=)
- Cerrar los programas y computadores si no van a estar en uso.
- Solicitar autorización de la Coordinadora General para eliminar o cambiar información del drive donde se guarda la información.



Buenas prácticas de Seguridad de la Información



- El aplicativo cuéntame debe ser utilizado por las personas autorizadas.
- No se deben bajar archivos de redes sociales o correos electrónicos de remitente desconocidos.
- Todo equipo que contenga información clasificada, reservada o sensible del ICBF y El Sembrador, deberá contar con herramientas que faciliten la gestión de contraseñas POR EQUIPO.
- LA INFORMACION FISICA de los participantes, familias, etc. deben TENER protección de acceso, CAJONES Bajo llave preferiblemente a cargo de la Coordinadora General.

Buenas prácticas de Seguridad de la Información

1. Todo talento humano que maneje o utilice medios removibles (como: discos duros y unidades de almacenamiento USB), para procesar, transferir, almacenar, comunicar o suministrar datos o información, deberá propender por el cifrado de la información, como mecanismo de protección y accesos no autorizados.
2. Se deben CAMBIAR LAS CLAVES O CONTRASEÑAS QUE SE MANEJEN EN LA ENTIDAD, en correos electrónicos o equipos cada vez que SE RETIRE una persona del equipo de trabajo QUE HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE LAS MISMAS.
3. CAMBIAR LAS CONTRASEÑAS DEL CORREO ELECTRONICO MINIMO CADA AÑO.



Buenas prácticas de Seguridad de la Información



Todo incidente de seguridad de la información, entendido como un acceso, intento de acceso, uso, divulgación, modificación o destrucción no autorizada de información; un impedimento en la operación normal de las redes, sistemas o recursos informáticos que ocurra durante el tiempo de ejecución del contrato y que atente con la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información en cumplimiento de las políticas de seguridad de la información del ICBF y El Sembrador, deberá ser informado a LA COORDINADORA GENERAL EN LOS MUNICIPIOS del contrato por ESCRITO y el encargado en la ENTIDAD por medio del formato establecido en la Guía para la Adquisición de Bienes y Servicios de Calidad (Formato Reporte de Incidentes de Seguridad de la Información) Informara al supervisor del contrato del ICBF.

Buenas prácticas de Seguridad de la Información

Ofrecer de forma directa, la inducción al personal que se encuentre bajo su responsabilidad, en las temáticas referentes del Eje de Seguridad de la información y sus buenas prácticas, documentando y entregando las respectivas evidencias de la actividad realizada.

Inducción que debe darse al inicio de la ejecución del contrato y cada vez que sea necesario por rotación del personal que se encuentre bajo su responsabilidad.

FORMAR Y CONCIENTIZAR A

PLAN PREPARACIÓN DE EMERGENCIA

EL SEMBRADOR SEMILLAS PARA EL FUTURO
NIT. 805021199-7

PLAN DE EMERGENCIAS

ESTRATEGIA INTERSECTORIAL ATRAPASUEÑOS "MODALIDAD PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES, VOCACIONES Y TALENTOS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES".



2023.

CONTENIDO.

1. Introducción

2. Justificación.

3. Objetivos

4. Acciones

5. Datos de identificación del espacio de encuentro.

6. Conceptualización Prevención, Riesgo, Amenazas

7. Riesgos Espacio de encuentro

8. Acciones de prevención, mitigación y respuesta.

9. Plano de evacuación

1. INTRODUCCIÓN.

Dentro de la Estrategia Intersectorial atrapasueños se encuentra la “Modalidad para el fortalecimiento de habilidades, vocaciones y talentos de adolescentes y jóvenes”, que tiene como objetivo fortalecer las capacidades, habilidades, vocaciones y talentos, de las y los adolescentes y jóvenes entre los 14 y 28 años, 11 meses y 29 días, a través de escenarios de acompañamiento, formación, desarrollo, promoción del buen vivir y garantía de derechos, para la construcción integral de su autonomía y planes de vida.

Esta modalidad se desarrolla en espacios gestionados deben cumplir con las condiciones mínimas de salubridad, bienestar, seguridad y accesibilidad para la atención de los participantes, espacios en las escuelas o colegios públicos presentes en los territorios. Para prevenir los posibles riesgos en los espacios de encuentro es importante poder establecer y generar destrezas, condiciones y procedimientos que les permita a los participantes y talento humano en las instalaciones, prevenir y protegerse en caso de riesgos, desastres o amenazas colectivas que puedan poner en peligro su integridad.

Por lo anterior, el presente documento tiene la intencionalidad de brindar orientaciones para la gestión del riesgo, enfocado a la creación de hábitos en el ámbito de la seguridad que apoyen la creación de una cultura de cuidado, prevención y protección.

2. JUSTIFICACIÓN.

La elaboración del Plan de Emergencias tiene como finalidad identificar situaciones que afecten la vida e integridad de las y los participantes de la modalidad, surge a partir de la identificación en el lugar donde se encuentra ubicado el lugar de encuentros los riesgos o peligros a los que pueden estar expuestos los adolescentes, jóvenes, familias, comunidad y el talento humano con el fin de prevenir y evitar riesgos.

Los ***factores*** (causas) de un accidente, pueden ser definidos como condiciones derivadas de aspectos ambientales y humanos. Los ***factores ambientales*** son los relacionados con las diversas condiciones del entorno físico y hacen que los ambientes presenten riesgos, tales como: ubicación geográfica, cambios climáticos, condiciones y características de la arquitectura, estructuras e infraestructura, estado de las viviendas, material didáctico, entre otros; es decir, el objeto, elemento o mecanismo que desencadena el accidente y que puede ser peligroso por sí mismo (enchufe, cable, pesticida, etc.) o que lo es debido a un defecto de diseño o de fabricación, o bien a una utilización incorrecta (sobrecargar un enchufe, no sujetar cuadros, armarios, archivadores a la pared, etc.). Y los ***factores humanos*** son los relacionados con aspectos propios de la persona, en este punto la falta de percepción del riesgo tiene una connotación importante debido a la no identificación los riesgos que pueden causar accidentes.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer y generar destrezas, condiciones y procedimientos que les permita a los ocupantes y usuarios de las instalaciones, prevenir y protegerse en caso de desastres o amenazas colectivas que puedan poner en peligro su integridad.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

∞ Identificar y aplicar un proceso de planeación en prevención, previsión, mitigación, preparación, atención y recuperación en caso de desastres.

∞ Contar con adecuada estructura organizativa en casos de emergencia.

∞ Elaborar el inventario de recursos humanos, físicos, técnicos y financieros, tanto internos como externos, con que cuenta la institución para atender sus propios eventos de emergencia.

∞ Identificar las amenazas, determinar la vulnerabilidad y definir niveles de riesgo frente a éstas.

- Estructurar un proceso normalizado de evacuación.
- Generar destrezas para que el personal pueda ponerse a salvo en caso de emergencias.

4. ACCIONES

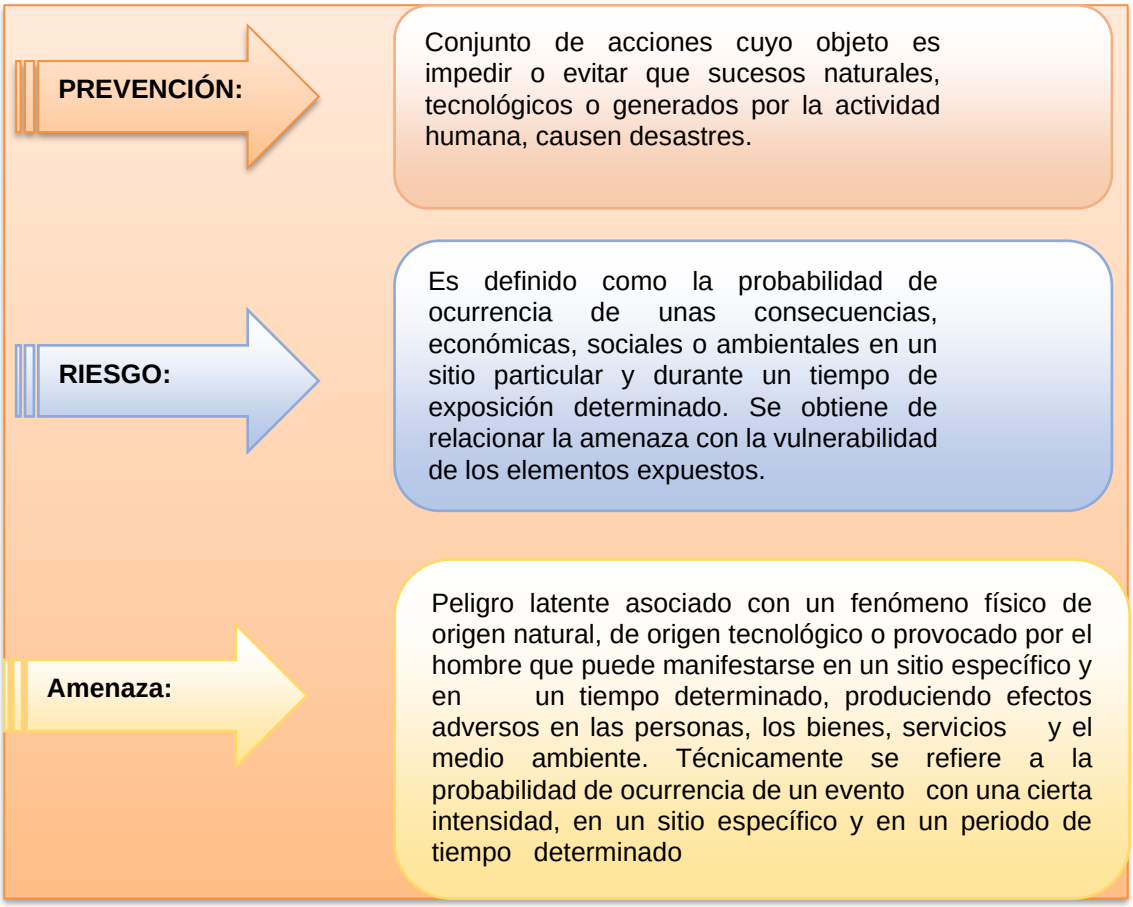
Para el diseño e implementación del Plan de Emergencias se realizarán actividades para la prevención y atención de emergencias:
∞ Socialización plan de emergencia ∞ Plan de evacuación (Rutas, Salidas de emergencias y Punto de Encuentro) ∞ Procedimientos y reconocimiento del sistema de alerta y alarma ∞ Relación de Comité de emergencias. ∞ Procedimientos para actuar en emergencias. ∞ Simulacros y simulaciones de emergencia.

5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESPACIO DE ENCUENTRO

Modalidad	Modalidad para el fortalecimiento de habilidades, vocaciones y talentos de adolescentes y jóvenes
Ubicación - Dirección	
Teléfono de Contacto	
Cupos Contractuales	
Municipio	
Centro Zonal	

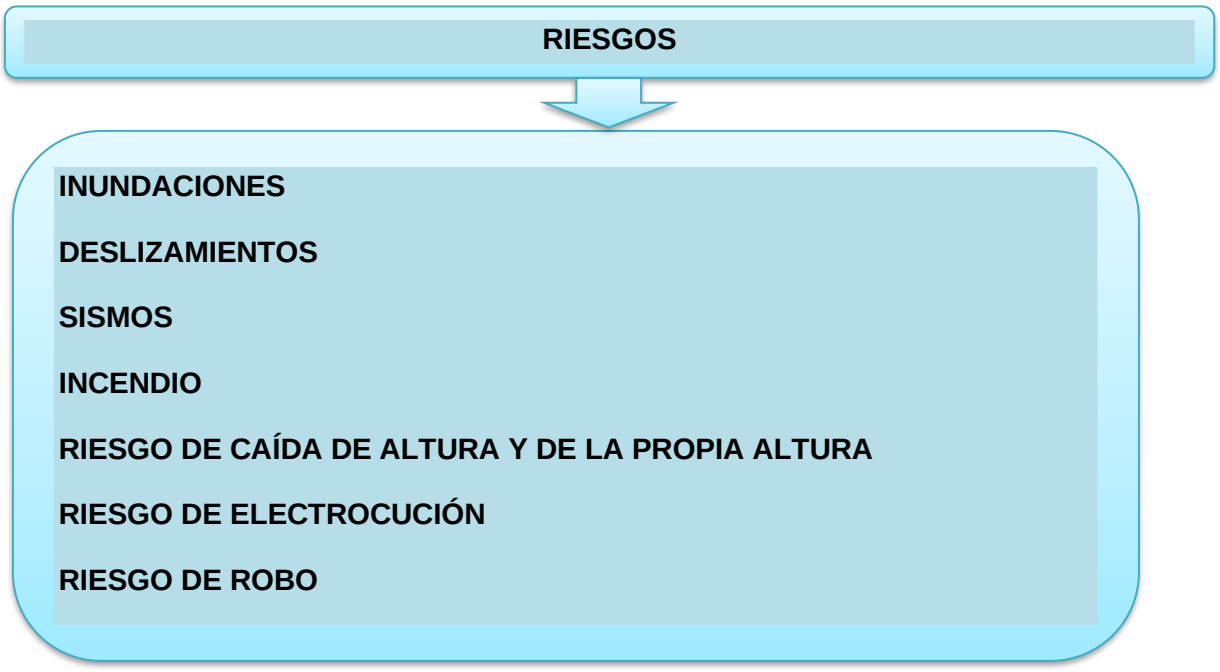
6.

7. CONCEPTUALIZACIÓN PREVENCIÓN, RIESGO, AMENAZAS.



8. RIESGOS DE LOS ESPACIOS DE ENCUENTRO

En el espacio donde se realizan los encuentros se identifican los siguientes riesgos:



9. ACCIONES DE PREVENCION, MITIGACION Y RESPUESTA.

RIESGOS DE DESASTRES			
RIESGO	**A. CONOCE**	**B. REDUCE**	**C. PREPARATE**
1. INUNDACIONES	1. Las inundaciones son niveles de agua por encima de lo normal debido al desbordamiento de ríos por lluvias torrencial eso subida de las mareas por encima del nivel habitual. Las inundaciones pueden ser súbitas o lentas y en zonas montañosas se pueden presentar crecientes torrenciales. 2. Aunque las inundaciones se pueden activar por las lluvias, en muchos casos ocurren por prácticas humanas inadecuadas como construcción en zonas inundables, taponamiento de cauces, tala y quema de árboles en las cabeceras y zonas de ronda, ausencia o deficiencia de desagües o alcantarillado	1. Realiza el mantenimiento periódico y limpieza de basuras de cauces, drenajes, canales y filtros. 2. Observa y vigila cambios en el nivel del lago continuo al espacio de encuentro, avisa a las autoridades en caso de represamientos o aumentos en los niveles. 3. No desvíes ni tapones cursos de agua. 4.Impide que se rompan diques, jarillones y muros de contención.	1.Define rutas y sitios seguros de evacuación en zonas altas. 2. Realiza simulacros de evacuación por inundaciones. 3. Acata las indicaciones de evacuación de las autoridades. 4. Ten listo un kit de emergencias. 5. Regresa al espacio de encuentro cuando lo indiquen las autoridades. 6. Verifica el estado de las instalaciones eléctricas, de gas y agua 7. Inicia la limpieza y desinfección del espacio.
2. SISMOS	1. Los sismos son rupturas de las rocas en el interior de la tierra que generan movimientos súbitos durante tiempos relativamente cortos. 2. Existen zonas de amenaza sísmica alta, intermedia y baja	1. Reubica objetos pesados o contundentes que puedan caer o hacer daño. 2. Asegura a las paredes muebles y objetos pesados.	1. Participa en los simulacros ante a sismos. 2. Identifica zonas seguras y punto de encuentro. 3. Ten listo un kit de emergencia. 4. Durante un sismo ubícate en los sitios seguros. Agáchate, cúbrete y sujétate. 5. Antes de evacuar cierra registros de agua, energía y gas.

			6. Permanece atento a posibles réplicas. 7. Verifica el estado del espacio de encuentro antes de regresar
3. INCENDIO	Un incendio es una ocurrencia de fuego no controlada que puede afectar o abrasar algo que no está destinado a quemarse. Puede afectar a estructuras y a seres vivos. La exposición de los seres vivos a un incendio puede producir daños muy graves hasta la muerte, generalmente por inhalación de humo o por desvanecimiento producido por la intoxicación y posteriormente quemaduras g raves. Para que se inicie un fuego es necesario que se den conjuntamente tres componentes: combustible, oxígeno y calor o energía de activación, lo que se llama triángulo del fuego.	1. Evita prender velas u objetos que puedan generar calor y encenderse. 2. Procura no mantener enchufes con aparatos conectados sin uso 3. Procura no conectar muchos aparatos eléctricos a una sola extensión.	1. Define rutas y sitios seguros de evacuación. 2. Realiza en el espacio de encuentro simulacros de evacuación por incendios 3. Acata las indicaciones de evacuación de las autoridades. 4. Ten listo un kit de emergencias. 5. Regresa al espacio de encuentro cuando lo indiquen las autoridades.

EL SEMBRADOR SEMILLAS PARA EL FUTURO
NIT. 805021199-7

ACCIONES DE PREVENCION, MITIGACION Y RESPUESTA ANTE ACCIDENTES				
RIESGO	**A. CONOCE**	**B. REDUCE**	**C. PREPARATE**	**D. ACTÚA**
3. RIESGO DE CAÍDA DE ALTURA Y DE LA PROPIA ALTURA	Se pueden ocasionar por: acceso a escaleras, Zonas elevadas como azoteas, balcones, paredes elevadas, ventanas cornisas, entre otros. Las caídas también son generadas desde la propia altura, falta de percepción de riesgos. Se puede ocasionar también riesgo por piso mojado. Es una de las principales causas de muerte y de lesiones y traumatismos craneoencefálicos y óseos permanentes en niñas y niños	1. Acompañar siempre en todas las acciones que se desarrollen en el espacio de encuentro a las niñas y los niños. 2. Cerciorarse de que las escaleras tengan pasamanos. 3. Revisa en el espacio de encuentro que no se tengan elementos que puedan caídas. 5. Colocar protecciones contra caídas en ventanas, balcones y antepechos y señalizar cuando se encuentre el piso húmedo. 6.Tener conocimientos y elementos de Primeros auxilios.	1.No permitir que las niñas y los niños escalen los muebles y permanezcan de pie sobre ellos. 2.Quitar elementos que obstruyen el paso y Limpiar perfectamente los pisos de todos los lugares. 3.Ubicar franjas o alfombras antideslizantes en el piso del baño y cocina.	1.No movilice a la persona, acompáñelo con calma y tranquilícelo háblele y trate de mantenerlo alerta, pregúntele que parte de su cuerpo le duele, como se siente. 2. Comuníquese con el servicio de urgencias o Centro de Salud más cercano, entregue el reporte claro de lo sucedido y atienda las indicaciones dadas mientras llega el personal médico. 3. Prepare los documentos necesarios para la llegada del servicio de urgencias, ambulancia con los profesionales encargados del manejo.

EL SEMBRADOR SEMILLAS PARA EL FUTURO
NIT. 805021199-7

RIESGO	A. CONOCE	B. REDUCE	C. PREPARATE	D. ACTÚA
4. RIESGO DE ELECTROCUCIÓN	Se presenta cuando se genera contacto con tomas o cables que son fuente de energía. Al recibir una descarga puede sufrir un paro cardiorrespiratorio y la muerte; lesiones severas como quemaduras de tejidos blandos y óseos, falta de percepción de riesgos.	2.Tapar los tomacorrientes con tapas protectoras o algún elemento que impidan que sean llamativos. 3.No introducir llaves, alfileres u otros objetos de metal en los orificios de los contactos. 4.No usar aparatos eléctricos cerca del agua. 5.Tener con conocimientos y elementos de Primeros auxilios.	1. Procurar no usar ni tocar aparatos eléctricos estando descalzo (incluso si el suelo está seco. 2. En el baño evitar que los tomacorrientes y los aparatos eléctricos estén al alcance y a menos de un metro del borde de la bañera. 3.Desconectar el interruptor general ante cualquier reparación o manipulación de la instalación eléctrica. 4.Colocar un conductor de polo a tierra tanto en las clavijas como en los enchufes. 5.Cerciorarse de que el cableado del espacio de encuentro esté en buenas condiciones. 6.Nunca sobrecargar circuitos; tener cuidado al utilizar extensiones y enchufes múltiples. 7.Desconectar los aparatos eléctricos si no están en uso.	1. Nunca trate de tocar a la persona que está recibiendo una sobrecarga eléctrica porque usted puede ser atrapado por la corriente y convertirse en una víctima más. 2. Ubique el lugar del enchufe del aparato, desconéctelo y asegúrese de que no haga polo a tierra. Si está demasiado asustado para hacerlo, , utilice un palo de escoba u otro elemento de madera para desconectarlo, debido a que la madera no conduce la electricidad. 3. En cuanto a la víctima, intente tirar de ella fuera de la corriente mediante el uso de una prenda de ropa o cuerda seca. Deje que permanezca inmóvil, especialmente si cree que ha sufrido lesiones en el cuello la columna vertebral. 4. Facilite que la persona capacitada en Primeros auxilios atienda la situación, especialmente si nota que el niño o niña no está respirando, intente aplicar la respiración

				boca a boca o comenzar la RCP (Reanimación Cardio Pulmonar). 5. Comuníquese con el servicio de urgencias o Centro de Salud más cercano, entregue el reporte claro de lo sucedido y atienda las indicaciones dadas mientras llega el personal médico.

Plano de evacuación.

LA FUNDACION EL "SEMBRADOR SEMILLAS PARA EL FUTURO"

CERTIFICA

Que la colaboradora **Maria Cristina Mina** identificada con cedula de ciudadanía N° **66.999.681**, fue designada como representante de Seguridad y Salud en el Trabajo, cumpliendo con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019 del Ministerio de Trabajo, así mismo es quien garantizara el cumplimiento de la normatividad vigente y obligaciones contractuales establecidas en el contrato 76005042023 celebrado a los 04 días del mes de octubre del año 2023.

La presente se expide en Cali, a los 04 días del mes de 10 de 2023.



Maria Cristina Mina
Profesional SIGE

PÚBLICA

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

Fundación El Sembrador
Semillas para El Futuro

2023



INTRODUCCIÓN

Debido a la gran problemática ambiental y de la cual como entidad El Sembrador Semillas para El Futuro no es ajena a su compromiso con el ambiente, por tanto, se ha concientizado en la importancia de un programa ambiental que permitiera identificar los impactos generados en los diferentes procesos que contribuyan al uso eficiente y ahorro de los recursos, que contribuyan con la preservación del medio ambiente.

La implementación de un sistema de gestión ambiental al interior de una empresa demuestra el compromiso que tiene con el medio ambiente, porque se promueve el ahorro en costos, orden en temas ambientales y cumplimiento en los requisitos legales. Es por eso que el principal objetivo de este trabajo es el diseñar una estructura sistemática para dar ese orden en materia de gestión ambiental dentro de la entidad.

Por lo tanto, se genera el sistema de gestión ambiental para la Fundación El Sembrador Semillas para el Futuro, donde contiene el informe donde se evidencian las características amigables con el medio ambiente de los productos, empaques y/o materiales utilizados en las modalidades de atención que ofrece la entidad.



QUE ES EL SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL

El Sistema de Gestión Ambiental determina qué elementos deben considerar las Empresas en materia de protección ambiental para asegurar que en el desarrollo de sus actividades se tengan en cuenta para la prevención y la minimización de los efectos sobre el entorno.

Conscientes de la necesidad de estar comprometidos con la comunidad y del aporte que como entidad se puede hacer a la protección de los recursos naturales se ha decidido establecer en todos los procesos que tiene la entidad, un sistema de gestión ambiental con lo cual se busca minimizar los impactos generados al medio ambiente por la ejecución de sus procesos.

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL

- Incorporar la gestión ambiental integral en las actividades que generan o pueden generar impactos ambientales dando cumplimiento a los compromisos legales y complementarios.
- Contribuir al desarrollo sostenible del entorno.
- Cumplir con toda la legislación y normativa ambiental aplicable
- Considerar a la gestión ambiental como una de las principales prioridades.
- Reducir dentro de lo posible la generación de residuos, reciclando y asegurando un manejo responsable de los residuos sólidos y orgánicos.
- Operar en las instalaciones de la oficina central, en las sub sedes y en los diferentes espacios de encuentro haciendo un uso racional de la energía.
- Hacer uso racional y adecuado del agua
- Uso adecuado del papel
- Controlar permanentemente el desempeño ambiental y establecer programas de mejoras ambientales continuas.
- Desarrollar programas de prevención y control de emergencias ambientales
- Capacitar y motivar al personal respecto del cuidado del medio ambiente.



DIAGNOSTICO

FACTORES ANALIZADOS	OBSERVACIONES
AGUA	Se establece por la cultura del talento humano, y participantes de las modalidades de atención. En algunas instalaciones sanitarias no existe tecnología de ahorro de agua.
ENERGIA	El ahorro de la energía se da por recomendaciones de la gerencia general sobre el no desperdicio de energía, y promover esto en todos los espacios de encuentro de las diferentes modalidades de atención.
PAPEL	La entidad procura reutilizar el papel reciclado, exceptuando las situaciones en que no puedan hacer uso de este como documentación no autorizada por privacidad de información.
RESIDUOS SOLIDOS Y ORGANICOS	Se procura separar los residuos solidos y orgánicos.
RECICLAJE	Se procura tener en las instalaciones y lugares de encuentro canecas para el adecuado uso de los residuos.
RUIDO	En algunos procesos se presenta ruido en una intensidad no muy alta.

IMPACTOS AMBIENTALES

ASPECTOS AMBIENTALES	IMPACTOS AMBIENTALES
Consumo de Papel	Agotamiento de los Recursos Naturales
Consumo de Tintas (impresoras)	Contaminación del Suelo
Generación de Residuos Solidos	Agotamiento de los Recursos Naturales Contaminación del medio ambiente
Consumo de Agua	Contaminación del agua, Disminución del recurso
Consumo de Electricidad	Disminución de los recursos naturales
Generación de Residuos Orgánicos	Contaminación del agua Contaminación del suelo

PROGRAMA DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS

Busca mitigar el impacto generado por los residuos y su incorrecta disposición por medio de herramientas que permitan la creación de conciencia ecológica y compromiso de mejores prácticas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Capacitar y sensibilizar a los empleados, contratistas y participantes de las diferentes modalidades de atención sobre el manejo identificación y clasificación de los residuos sólidos y la correcta disposición de estosen los sitios destinados para este fin.



- Concientizar a los empleados y contratistas de las tres R. REDUCIR, REUTILIZAR Y RECICLAR.
- Monitorear y controlar el manejo de los residuos generados en el desarrollo de las actividades.
- Prevenir, mitigar y corregir y controlar el impacto ambiental causado por la generación de residuos
- Definir los procedimientos adecuados para el manejo Integral de Residuos Sólidos incluyendo la selección del almacenamiento, transporte y disposición final de los residuos sólidos y el seguimiento al cumplimiento de este programa.

IDENTIFICACION DE RESIDUOS

TIPO	***CARACTERISTICAS***
Biodegradables (no peligrosos)	Cáscaras de frutas, verduras, residuos de comida, hierbas, hojas y raíces; vegetales, madera. Son sustancias que se pueden descomponerse en un tiempo relativamente corto, Es decir aquellos productos naturales que se descomponen fácilmente.
Reciclables (residuos sólidos no peligrosos)	Botellas plásticas de gaseosas o de bebidas no toxicas, latas de bebidas y de alimentos, cartón y papel en general, es decir materiales que no descomponen fácilmente, pero que se conocen procesos en los cuales pueden ser transformados y luego ser utilizados como materia prima para generar nuevos productos de consumo
Inertes (residuos sólidos no peligrosos)	Icopor y ciertos tipos de plásticos como son los empaques de los llamados fritos de paquetes, galletas y otros, es decir materiales que no son reutilizables y requieren largos periodos de descomposición
Ordinarios (residuos ordinarios no peligrosos)	Cartón plastificado, vidrio, plástico, metal no recuperable, servilletas, residuos sanitarios, residuos tecnológicos (electrodomésticos, equipos y baterías), es decir aquellos residuos no aptos o valorados para el reciclaje
Bombillas y luminarias (Residuos Sólidos Peligrosos)	Consume bombillas y luminarias en sus oficinas y demás dependencias las cuales se consideran altamente contaminantes



LAS TRES R

REDUCIR

Cuando hablamos de reducir lo que estamos diciendo es que se debe tratar de reducir o simplificar el consumo de los productos directos, o sea, todo aquello que se compra y se consume, ya que esto tiene una relación directa con los desperdicios, y a la vez con nuestro bolsillo.

REUTILIZAR

Al decir reutilizar, nos estamos refiriendo a poder volver a utilizar las cosas, dándole una vida útil a embalajes o materiales que usamos día a día y darles un uso lo más prolongado posible antes de que llegue la hora de deshacernos de ellos definitivamente, disminuyendo así el volumen de la basura y reduciendo el impacto en el medio ambiente. Por ejemplo, utilizar la cara limpia de las hojas impresas, el papel usado se puede transformar en pulpa y crear nuevas hojas para escribir, pintar o decorar, darles una nueva vida a los botes de cristal, las cajitas o frascos de PVC, metal o plástico, reutilizar la madera para hacer tus propias estanterías, pintar esa silla vieja, donar libros, aparatos eléctricos, ropa, muebles, etc.

RECICLAR

Mediante el reciclaje se reduce de forma verdaderamente significativa la utilización de nuevos materiales, y con ello, la generación de basura "nueva", sin embargo, hay que recordar que al reciclar se gasta mucha energía y se contamina al reprocesar los residuos. Se deberá implementar en los diferentes espacios de encuentro de las diversas modalidades de atención que ofrece la entidad, puntos ecológicos como los que se muestran a continuación como los utilizados en la sede central. Independientemente del diseño de los contenedores, estos deberán cumplir con la función de separación en la fuente y estar señalizados para ayudar a la comunidad a separar de manera eficiente.

RECOLECION DE RESIDUOS





PROGRAMA DE MINIMIZACIÓN.

Propósito: Generar un cambio en los hábitos de consumo y elección de empaques ecológicos dentro y fuera de la institución.

Justificación: La minimización de los residuos sólidos tiene un impacto significativo dentro de ciclo de vida que tienen los residuos sólidos, y por ende en la gestión integral se genera un aumento en las tasas de separación debido al manejo de volúmenes menores de residuos. La minimización en los residuos sólidos se basa principalmente en el cambio de hábitos de consumo, identificación de empaques ecológicos que tengan un potencial de reciclaje alto. De igual forma se deberá tratar de reutilizar los residuos dándoles un segundo ciclo de vida y por ende generando un impacto significativo en cuanto a reducción de volúmenes de residuos.

Objetivos

- Incentivar el reúso de materiales
- Incentivar la utilización de productos ecológicos en cuando a cantidad de materiales en empaques o bien que tengan potencial para una segunda vida útil.
- Buscar cambios en los hábitos de compra. Comprar envases de vidrio retornable, aluminio reciclable, reducir el uso de pilas entre otros.
- Realizar campañas educativas bajo el marco del desarrollo de la cultura de sensibilización ambiental en las unidades.

TIPO DE RESIDUO	¿QUE HACER?
Papel	Usar ambas caras Utilizar medios magnéticos, revisar la información a imprimir para evitar el consumo innecesario de papel.
Cartón	Utilizar las cajas de cartón para el almacenamiento de otros materiales, por ejemplo, plásticos, papeles y cartón dentro de cada una de las dependencias
Plástico	Buscar que se consuman menos productos que vengan en recipientes plásticos. Utilizar recipientes para el almacenamiento de productos por parte del



	personal de aseo o agua en cada una de las dependencias.
Vidrio	Almacenar donde corresponde
Icopor	No utilizar materiales de Icopor para almacenar alimentos
Aluminio	No utilizar papel aluminio para envolturas

PROGRAMA DE USO EFICIENTE Y AHORRO DE ENERGÍA

Busca mitigar el impacto generado por el consumo de energía eléctrica y crear en el todo eltalento humano interés, conciencia y compromiso en ahorro eficiente de la energía.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reducir el consumo de energía sin afectar el normal desempeño de las actividades.
- Capacitar y sensibilizar a todo el talento humano sobre el uso eficiente de los recursosenergéticos.
- Monitorear y controlar el uso eficiente de energía consumida en el desarrollo de las actividades

JUSTIFICACIÓN.

La importancia del ahorro y uso eficiente de energía se manifiesta en la necesidad de reducir los costos ambientales asociados, restringir la dependencia energética, reducir la emisión de Gases de Efecto Invernadero y por ende cumplir con las metas en emisión de Gases de Efecto Invernadero y temperatura y aumento en la temperatura de la superficie de la tierra. Es así que el presente programa tiene como fin promover el desarrollo sostenible en términos de uso de energía eléctrica, involucrando a toda la comunidad, tanto eltalento humano como los participantes del programa.

Los beneficios del Programa de Uso Eficiente y Ahorro de Energía, son el ahorro de energía y disminución de costos por el recuso, mejoría en la red eléctrica mediante la implementación de tecnologías ahorradoras, desarrollo de conciencia medioambiental entre otros.



ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Educación y capacitación. Con el fin de hacer un uso racional del recurso energético, se realizará capacitación, charlas y foros en las cuales se establecerán los lineamientos básicos del PROGRAMA DE USO EFICIENTE Y AHORRO DE ENERGIA. El programa de educación y minimización se realizará de manera conjunta con el programa de sensibilización y educación ambiental.

Aprovechamiento de la Luz Natural: la luz natural se caracteriza porque reproduce los colores de forma muy natural y evita la fática visual. De igual forma, contribuye a la comodidad en el trabajo, es necesario utilizar un alumbrado artificial en los momentos en los cuales no haya suficiente luz natural. Si hay suficiente luz natural, y es cómodo para los trabajadores y estudiantes, se recomienda apagar las luces artificiales.

Uso eficiente de la Luz: Este es sin lugar a dudas uno de los principales programas del PROGRAMA DE USO EFICIENTE Y AHORRO DE ENERGIA pues la mayoría de la energía consumida proviene deluso de bombillas y luces artificiales. El principal propósito del presente programa es crear el hábitode uso de luz artificial únicamente cuando este sea necesario.

Mantenimiento de lámparas: La eficiencia de las lámparas disminuye con sus horas de utilización,una limpieza frecuente de las mismas como parte del plan de mantenimiento preventivo y de cuidado aumentaría el uso de las lámparas evitando el uso de instrumentos de iluminación mayor.

Concientización de los Trabajadores. Generar una cultura de eficiencia energética mediante la formación y entrega de información. Esto se lleva a cabo mediante al acceso de la información y la cartilla de sensibilización y cultura ambiental.

Reducir el uso de aires acondicionados: Si es posible, abrir ventanas para aprovechar las corrientes de aire y por ende evitar el consumo desmedido de aires acondicionados.

Activar las funciones de ahorro de energía. Programar los equipos para que cuando no se estén usando después de un cierto tiempo se apague de forma automática. De igual forma dependiendodel momento del día es necesario bajar el brillo de las pantallas que son las responsables de la mayoría del consumo (el modo de ahorro de energía permite consumos hasta 37% menos de energía en los equipos)

Desconcertar Pantalla. En las pausas en lugar de tener que reiniciar el trabajo, tan sólo basta con desconectar la pantalla para ahorrar energía.



Reducción Brillo en las Pantallas. La utilización de un alto brillo en las pantallas, se traduce en un mayor consumo de energía partiendo del hecho que esta consume cerca del 70% de la energía del ordenador. Es por ende una medida positiva en cuanto a reducción de energía, bajar el brillo de las pantallas hasta un valor óptimo para el trabajador cercano al 55%.

Utilizar el correo electrónico y la intranet. Fomentar el uso del correo electrónico y gestión documental para evitar el uso de papel y energía por uso de fotocopiadoras

Apagar los equipos en desuso. Si los trabajos requieren varias horas en procesamiento, se recomienda que se apaguen las pantallas pues consumen cerca del 65% de energía del total del ordenador. Se recomienda que se paguen los equipos en desuso pues esto supone un ahorro de cerca del 10%.

Apagar Impresora en fines de semana y noche. Se debe apagar la impresora o activar el modo de ahorro de energía cuando no se haga uso de la misma en noche y fines de semana; una impresora normal puede consumir cerca de 442 vatios por hora, mientas que en modo de energía se reducea 45 vatios.

Desconexión de lámparas. En ciertas áreas de la institución hay lámparas que se encuentran muy cerca las unas a las otras generando un desperdicio significativo de energía eléctrica ya que no aportan significativamente a la iluminación de los espacios. Se deberá por ende desconectar de la red las lámparas identificadas en circuitos que no aportan y se encuentran en lugares en dónde no tienen una función importante.

PROGRAMA DE USO EFICIENTE Y AHORRO DE AGUA

Busca mitigar el impacto generado por el consumo de agua en las actividades que se realizan y crear conciencia ecológica y compromiso de mejores prácticas del talento humano tanto en el trabajo como en el hogar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar los focos de despilfarro de agua en la sede administrativa y determinar acciones que permitan el óptimo uso del recurso.
- Desarrollar las actividades de capacitación y sensibilización orientadas a generar una cultura de manejo y uso del agua además de la protección de los recursos naturales.



- Monitorear y controlar el ahorro y uso eficiente de agua consumida en desarrollode las actividades.

RECOMENDACIONES PARA EL PERSONAL DE TALENTO HUMANO Y PARTICIPANTES DE LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN.

- Examinar las llaves de agua, cañerías y tuberías de los exteriores por si tienen fugas. Gota a gota el agua se agota.
- Hacer uso de los sistemas de recolección de agua lluvia en las casas, las cuales pueden ser usadas para lavado de ropas, aseo de las viviendas e instalaciones sanitarias.
- Efectuar el riego de las plantas y jardines únicamente dos veces por semana, en horas de la noche o temprano en la mañana, preferiblemente implementando sistemas de riego por goteo.
- Cuando se laven los platos a mano, utilizar una tina para lavarlos y otra para enjuagarlos.
- Nunca debajo del chorro de la llave abierta.
- Utilizar un vaso con agua para cepillarse los dientes. No dejar la llave abierta
- Revisar periódicamente que el flotador de los inodoros esté funcionando correctamente.
- Instalar sanitarios de bajo consumo.

- Revisar los empaques de las llaves al menos 2 veces por año.
- Recolectar el agua que sale de la ducha mientras se espera que se caliente con el fin de utilizarla para plantas o sanitarios.
- Utilizar la lavadora para cargas completas evitando su uso para pocas prendas.
- Evitar el uso de manguera por el desperdicio de agua.



PROTOCOLO PQRS

PROCEDIMIENTO
PARA LA GESTIÓN DEL BUZÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

ESTRATEGIA INTERSECTORIAL ATRAPASUEÑOS “MODALIDAD PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES, VOCACIONES Y TALENTOS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES”.



2023

INTRODUCCIÓN

La Fundación El Sembrador Semillas para El Futuro desarrolla la “modalidad para el fortalecimiento de habilidades, vocaciones y talentos de adolescentes y jóvenes”, que tiene como objetivo fortalecer las capacidades, habilidades, vocaciones y talentos, de las y los adolescentes y jóvenes entre los 14 y 28 años, 11 meses y 29 días, a través de escenarios de acompañamiento, formación, desarrollo, promoción del buen vivir y garantía de derechos, para la construcción integral de su autonomía y planes de vida. La Fundación busca establecer vías decomunicación eficaces entre el talento humano y los participantes, familia y comunidad, que permitan acceder al conocimiento de sus derechos y presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

Por lo anterior se contempla la implementación de instrumentos que permitan medir las expectativas y niveles de satisfacción de las familias y adolescentes, jóvenes y la comunidad.

1. OBJETIVO

Establecer los diferentes pasos, requisitos y metodologías para tramitar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones, que presentan los participantes, familias y comunidad pertenecientes a la Modalidad para el fortalecimiento de habilidades, vocaciones y talentos de adolescentes y jóvenes.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todas las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones presentados por los participantes, familias y comunidad. Inicia con la recepción de los requerimientos realizados y termina con la respuesta dada a los mismos.

3. RESPONSABLES

Psicólogos, Gestores de Desarrollo, Profesionales Sociales: Apoyar con la apertura del buzón de sugerencias.
Gestor Metodológico: Realizar las acciones pertinentes para dar respuesta desde lo metodológico.
Coordinadora General. Realizar las acciones pertinentes para dar respuesta desde la operatividad, técnico y administrativo de la modalidad.
Comité de veeduría o control social. Grupo conformado por los participantes y/o acompañantes pertenecientes a la modalidad, con el fin de velar por el cumplimiento de las normas que rigen el desarrollo del mismo.

CONCEPTOS

PETICION, Es aquel derecho que tiene toda persona natural o jurídica, para solicitar o reclamar ante las autoridades competentes por razones de interés general o interés particular para elevar solicitudes respetuosas de información y/o consulta y para obtener pronta resolución de estas.

QUEJA, Es la manifestación verbal o escrita de insatisfacción hecha por una persona natural o jurídica o su representante, con respecto a la conducta o actuar de un funcionario de la entidad en desarrollo de sus funciones.

RECLAMO, Es la manifestación verbal o escrita de insatisfacción hecha por una persona natural o jurídica, sobre el incumplimiento o irregularidad de alguna de las características de los servicios ofrecidos por la entidad.

SUGERENCIA, Es un consejo o propuesta que formula un usuario o institución para el mejoramiento de los servicios de la entidad.

FELICITACION, Acciones documentadas o verbales donde los usuarios expresan y dejan de manera escrita o verbal su satisfacción por los servicios recibidos y el actuar de las personas que los han atendido.

NORMATIVA DE FUNCIONAMIENTO

- Los adolescentes, jóvenes, familias y comunidad podrán acceder al buzón de Peticiones, Quejas,Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones podrán acceder a un buzón de PQRSFen los distintos espacios de encuentro, y diligenciar el formato registro, para luego ingresarlo en el Buzón de sugerencias, el cual estará visible y de forma asequible para que se pueda presentarla solicitud pertinente. Para los profesionales encargados de la modalidad, deberán acercarse a la coordinadora general para diligenciar y colocar la respectiva PQRSF para ser tramitada.

- Las solicitudes podrán ser emitidas a título personal o en grupo, debiendo enese último caso, designarse una persona de contacto.

- Para poder formular una Petición, Queja,Reclamo, Sugerencia y Felicitación será necesario aportar los datos personales que se solicitan en el correspondiente formato registro. Para la tramitación de la PQRSF el usuario podrá solicitar que su trámite se realice de forma anónima.

- Para dar respuesta a la PQRSF **en un plazo no mayor a 8 días hábiles,** podrá ponerse en contacto con el remitente en caso de duda para que formule las aclaraciones necesarias para la correcta tramitación de la solicitud interpuesta.

- El buzón de PQRSF se abrirá de manera mensual, al finalizar el mes en el caso que se presente alguna PQRSF, en la presencia del talento humano presente en el encuentro.

- Una vez abierto el buzón y viendo que cumpla con los requerimientos mínimos para el registro de la solicitud, se pasara a leer en voz alta y asignar al responsablede dar trámite.

- Los responsables de las áreas implicadas asumirán la obligación de, si es posible, solucionar la PQRSF, incorporar la sugerencia al correspondiente proceso.

- Así mismo, los responsables de las áreas implicadas deberán comunicar una respuesta al remitente con la solución alcanzada a la mayor brevedad posible no siendo mayor a 8 días hábiles, desde la recepción de la queja, reclamo y sugerencia.

ANEXOS:

- Formato de Registro de Buzón de Sugerencias.
- Formato de respuesta de Buzón de Sugerencias.

ANEXO 1.

FORMATO REGISTRO EN BUZÓN DE SUGERENCIAS			
La Modalidad para el fortalecimiento de habilidades, vocaciones y talentos de adolescentes y jóvenes, que tiene como objetivo fortalecer las capacidades, habilidades, vocaciones y talentos, de las y los adolescentes y jóvenes entre los 14 y 28 años, 11 meses y 29 días, considera importante resolver con transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad su petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación dentro de los tiempos establecidos. Solicitamos de manera respetuosa diligenciar el siguiente formulario con la mayor claridad posible:			
1.PUNTO DE ATENCIÓN			
2.NOMBRES Y APELLIDOS DEL PETICIONARIO	**3.No. CÉDULA O IDENTIFICACIÓN**		
4.DIRECCIÓN EXACTA DE RESIDENCIA	**5.BARRIO/VEREDA**		
6.MUNICIPIO DE RESIDENCIA	**7.TELÉFONO FIJO O CELULAR**		
8.CORREO ELECTRÓNICO	**9.DIA**	**MES**	**AÑO**
1.DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELCITACIÓN (Detalle en forma clara y precisa su petición y suministre la mayor información posible)			
Si usted desea puede registrar su petición de manera ANÓNIMA, igualmente será atendida y tramitada de acuerdo con la fundamentación que la sustente, dentro de los límites establecidos por el Artículo 81 de la Ley 962 de 2005. De lo contrario, puede usted ingresar sus datos de identificación aquí, de igual manera son reservados.			

FORMATO DE RESPUESTA A PQRSF-
CERTIFICACIÓN DE REUNIÓN:

Se reúnen la Coordinadora General y _____ como apoyo para dar respuesta a las Solicitudes, Quejas, Reclamos, Felicitaciones y/o Sugerencias.

MUNICIPIO:		**LUGAR DE ENCUENTRO:**
MES EN LA QUE SE HACE LA SOLICITUD	**DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD, QUEJA, RECLAMO, FELICITACIÓN, SUGERENCIA.**	**RESPUESTA A LA SOLICITUD, QUEJA, RECLAMO, FELICITACIÓN, SUGERENCIA**

Para constancia de lo anterior si firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los xx (xxx) días del mes de xxxx de 2023.

_____
xxxxxxxxxx
Cargo:



PROTOCOLO PARA LA MEDICION DE LA PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES.

ESTRATEGIA INTERSECTORIAL ATRAPASUEÑOS "MODALIDAD PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES, VOCACIONES Y TALENTOS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES".

EL SEMBRADOR SEMILLAS PARA EL FUTURO

INTRODUCCIÓN

La EAS EL SEMBRADOR SEMILLAS PARA EL FUTURO, en cumplimiento con compromisos adquiridos dentro de la Estrategia Intersectorial atrapasueños con la "Modalidad para el fortalecimiento de habilidades, vocaciones y talentos de adolescentes y jóvenes", que tiene como objetivo fortalecer las capacidades, habilidades, vocaciones y talentos, de las y los adolescentes y jóvenes entre los 14 y 28 años, 11 meses y 29 días, a través de escenarios de acompañamiento, formación, desarrollo, promoción del buen vivir y garantía de derechos, para la construcción integral de su autonomía y planes de vida. Si bien en los espacios de encuentro se cuenta con el buzón del PQRSF, peticiones, quejas y reclamos, sugerencias y felicitaciones en el cual se puede expresar libremente sus opiniones, es una opción inmediata por parte de nuestros participantes, pero se tiene como falencia que depende exclusivamente de la iniciativa de ellos, por lo que es necesario realizar una encuesta estructurada y preguntas de tipo cerrado para poder evaluar temas específicos sobre los refrigerios, participación, percepción del servicio recibido, las relaciones interpersonales y que se pueden dar en el transcurso de la modalidad.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el nivel de satisfacción de los participantes frente al servicio prestado y consolidar un informe con el análisis de los resultados de cada evaluación, de modo que sea un insumo para la implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

BENEFICIOS QUE SE OBTENDRA DE LOS RESULTADOS

1. Nos servirá como estrategia para promover la permanencia de los beneficiarios.

2. Los adolescentes y jóvenes sentirán que sus opiniones y recomendaciones son valiosas y que son parte de un proceso de un proceso de mejora continua, les gustará saber que sus opiniones son útiles.
3. Será una gran herramienta para alentar una comunicación fluida.

JUSTIFICACIÓN

El conocer nuestros aciertos o falencias nos dan la oportunidad de una mejora continua, nos conduce a aprender lo que realmente están sintiendo nuestros participantes, y también el involucrar a todo el equipo de trabajo de la modalidad para definir acciones de que permitan mejorar el servicio, y permitan cumplir con los lineamientos y orientaciones descritas en el manual operativo.

METODOLOGÍA

Desde la entidad El Sembrador Semillas para El Futuro se diseñará una encuesta estructurada, ya trae diseñada las preguntas que se harán a los participantes de tipo pregunta cerrada de elección única, la cual solo se puede elegir una opción entre las opciones planteadas, son preguntas excluyentes entre sí, Dicotómicas en las cuales se responden con un SI o con un NO o en su defecto a veces.

La encuesta de satisfacción se debe aplicar a tres poblaciones: adolescentes y jóvenes.

Adolescentes y jóvenes: son las y los adolescentes y jóvenes entre los 14 y 28 años, 11 meses y 29 días, de la Modalidad para el fortalecimiento de habilidades, vocaciones y talentos de adolescentes y jóvenes.

CRITERIOS A EVALUAR

- Alimentación

- Participación
- Percepción del servicio recibido
- Relaciones interpersonales

La encuesta está diseñada de tal manera que refleje la opinión de los participantes en cada criterio específico tanto de los adolescentes y jóvenes.

Talento Humano: buscamos referente al talento humano conocer su compromiso con la EAS, su motivación laboral y el acompañamiento que se hace por parte de la entidad El Sembrador Semillas para El Futuro.

Muestra total

En cada municipio se tomará una muestra del 20% de los participantes, con esta muestra podremos conocer el nivel de satisfacción en los diferentes aspectos.

La muestra quedaría de la siguiente manera de acuerdo al municipio y el cupo actual:

Cali, Dagua y Buenaventura para un total de 1.700 cupos, se aplicaría el 20% por cada 100 cupos.

APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

La encuesta se realiza en los municipios de Dagua, Buenaventura y Cali, los psicólogos, profesionales sociales y gestores de desarrollo agentes darán una breve explicación de la encuesta su objetivo y el valor relevante para la EAS.

Las pruebas realizadas serán recogidas para realizar su tabulación e informe de los resultados y los planes de mejora para los diferentes municipios de acuerdo a los datos que arroje su aplicación.

RECURSOS

Se utilizará los siguientes materiales

- Lapiceros de color negro NO lápiz
- Las encuestas

ÍTEMS IMPLEMENTADOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La encuesta de satisfacción consta de 15 preguntas de carácter significativo, representativo y válido, en las cuales se evalúan las áreas de servicios prestados por la Modalidad, que se dividen en los siguientes ítems:

1. ¿Está satisfecho con la forma en que el/la Psicólogo viene realizando los encuentros?

2. ¿Está satisfecho con la forma en que el/la Profesional Social viene realizando los encuentros?

3. ¿Está satisfecho con la forma con el/la Gestor de Desarrollo viene realizando los encuentros?

4. ¿Está satisfecho con las acciones desarrolladas en la modalidad donde tienen en cuenta sus intereses, talentos y vocaciones?

5. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con las acciones propuestas para la promoción y garantía de sus derechos?

6. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su participación activa y critica para la construcción de entornos seguros, libres de discriminación y violencias?

7. ¿Se encuentra satisfecho con la calidad de productos entregados en el refrigerio (fecha de vencimiento, estado del empaque del producto, marcas de alimento, etiquetado, rotulado, registro sanitario)?

8. De ser la respuesta anterior negativa, por favor realice la descripción del o los productos que incumplen con el criterio de calidad.

9. ¿Cómo valora el rol que cumple el Comité de Control Social en el proceso de ejecución de la modalidad?

10. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con la información o respuesta que se brinda frente a una Queja, Reclamo o Sugerencia?

11. ¿Cómo califica el servicio y el trato que brinda el Talento Humano, que debe ser de amabilidad, equidad y respeto?

12. ¿Cómo califica la respuesta que el talento humano le brinda a sus solicitudes y propuestas?

13. Observa los espacios físicos (infraestructura) de los encuentros y valora del 1 al 5 sus condiciones de higiene y organización (siendo el 1 la calificación más baja 1 y 5 la más alta).

14. Desea hacer alguna observación respecto a la modalidad de atención u operador El Sembrador Semillas para el Futuro.

La encuesta fue diseñada con el fin de los adolescentes, y jóvenes manifiesten su opinión y punto de vista sobre los diferentes aspectos mencionados anteriormente, clasificando su evaluación entre las opciones:

- De 1 al 5, siendo el 1 la calificación más baja 1 y 5 la más alta.
- 1. Insatisfecho - 2. Un poco satisfecho - 3. Satisfecho – 4. Muy Satisfecho – 5. Totalmente Satisfecho.
- 1. Deficiente - 2. Regular - 3. Aceptable - 4. Muy bueno - 5. Excelente.

La encuesta se realizará mediante el siguiente link:

https://docs.google.com/forms/d/1lk6wBzsLgYVNfNeXHN6ZzXiGjloRwCas0Mo_ksJju9I/edit

Coordinado desde El Sembrador Semillas para EL Futuro para el manejo apropiado de la información, consolidación y centralización del proceso.

Programación de la encuesta de satisfacción	Fecha: 11 al 15 de diciembre
Resultados encuesta de satisfacción y acciones de mejora	22 de diciembre.

EXAMENES OCUPACIONALES

Unidad de Salud Ocupacional	VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	Cód.: FT-MO-VM-01 Versión : 4 Fecha: 13/11/2015 Página 1 de 1

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001

IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

CERTIFICADO MEDICO LABORAL



Fecha: 18/01/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO

Nombre: ALEXANDRA PEREZ CAICEDO

Empresa: PARTICULAR

En Misión:

Ciudad del Exámen: CALI TEQUENDAMA

Cédula: 1143859942 Cargo: PSICOLOGA

480487

Para dar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclinicos:

CONCEPTO MEDICO LABORAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

REMISIÓN
NINGUNA

Observación NINGUNA.

RESTRICCIÓN
NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
Uso de E.P.P según panorama de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado,Higiene postural,Reportar accidentes de trab ajo oportunamente,Prevención de accidentalidad,Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo,Hábitos de vida salud ables,Ejercicio Regular,Control de Peso,Dieta

TRABAJO ESPECIALES

Trabajo en Alturas:	NO APLICA	Manipulacion de alimentos	NO APLICA
Trabajo en altitudes > 2500 mts:	NO APLICA	Trabajo en ambientes hiperbáricos:	NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:	NO APLICA	Trabajo como brigadista:	NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión:	NO APLICA	Conducción de vehiculos:	NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes:	NO APLICA	Manipulación sustancias químicas:	NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas:	NO APLICA		
Trabajo en bajas temperaturas:	NO APLICA		

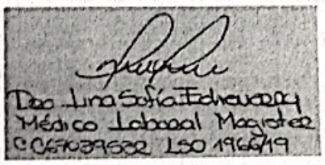
PVE VISUAL	☐	PVE AUDITIVO	☐	PVE RESPIRATORIO	☐
PVE ERGONOMICO	☐	PVE CARDIOVASCULAR	☐	PVE PSICOSOCIAL	☐
PVE QUIMMICO	☐	PVE Radiaciones Ionizantes	☐	PVE BIOLOGICO	☐

Observaciones Generales
POR EL MOMENTO EL PACIENTE NO REFIERE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NI SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL COVID-19, SIN EMBARGO, NO SE PUEDE GARANTIZAR QUE EL PACIENTE NO PADEZCA ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS. SE RECOMIENDA SEGUIR USO ADECUADO DE EPP Y LAVADO FRECUENTE DE MANOS. SE ATEND IÓ PACIENTE CON TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDAS EN EL PROTOCOLO MUNDIAL DE PRE VENCIÓN DEL COVID – 19. PACIENTE HIZO USO DE TAPABOCAS DURANTE LA CONSULTA.

Powered by CamScanner

Alexandra Perez C

ALEXANDRA PEREZ CAICEDO
c.c: 1143859942



LINA SOFIA ECHEVERRY GONZALEZ
Registro: 762533- 2014
Lic: 1966- 2019

Powered by CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-10-23

Nombres y apellidos: ELVIS LEONIDES GONGORA BALLESTERO
Fecha de nacimiento: 26/05/1984
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PSICOLOGO

CC: 10389074
Edad: 39 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2023-10-23 / 10:57:54
Fecha salida: 0001-01-01 / 12:00:00



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO CON RECOMENDACIONES

:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: ACUDIR A MEDICO DE EPS PARA CONTROL DE DESPARASITACION NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CARDIOVASCULAR:
PREVENCIÓN DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Eblin Y. Rodriguez M.

EBLIN YADIRA RODRIGUEZ ANGULO
RM: 525860
Firma y sello del médico

Elvis L. Gongora B.

ELVIS LEONIDES GONGORA BALLESTERO
CC: 10389074
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Ibagué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Powered by CamScanner

CENTRO MEDICO LABORAL S.A.S

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL: 0848-1011

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL



FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2023-2-1 15:28

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	FRANCISCO JAVIER PERAFAN PAJA	**EMPRESA:**	PARTICULAR
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO :	2023-02-01	**EMPRESA EN MISION:**	PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN :	INGRESO/PREEMPLEO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	**CARGO:**	PSICOLOGO
TIPO DE DOCUMENTO :	CC	**DOCUMENTO No :**	94541541
EDAD :	37 AÑOS	**SEXO :**	MASCULINO
MEDICO QUE VALORA :	DR. JOHANA SAAVEDRA DELGADO	**ESPECIALIDAD :**	Especialista En Salud Ocupacional

CONCEPTO DE APTITUD — **CUMPLE CON EL PERFIL OCUPACIONAL**

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONTINUAR BUENOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA BALANCEADA EN HARINAS, GRASAS, AZÚCARES, ACTIVIDAD FISICA REGULAR 3 DIAS A LA SEMANA
HIGIENE POSTURAL/PAUSAS ACTIVAS
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DADOS POR LA EMPRESA
VALORACION OPTOMETRIA POR EPS CONTROL ANUAL
ENCUESTA PARA COVID-19 NEGATIVA, SE ATIENDE CUMPLIENDO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

Examen	Fecha	Resultados			
PVE VISUAL		**PVE ERGONOMICO**		**PVE RESPIRATORIO**	
PVE AUDITIVO		**PVE CARDIOVASCULAR**		**PVE PSICOSOCIAL**	
REMISION A E.P.S	**No**	**REMISION A A.R.L**	**No**	**VACUNA COVID-19** **Pfizer** **Fecha última dosis: 12-2021** **Dosis: 2**	

Acepto el contenido escrito en este documento y certifico la veracidad de la información para su diligenciamiento, en señal de esto firmo al pie de página.

Especialista En Salud Ocupacional
R.M.18 602/2012 LIC S.O 6961 26-06-2015

DR. **JOHANA SAAVEDRA DELGADO**
Especialista En Salud Ocupacional R.M. 18 602/2012 LIC S.O 6961 26-06-2015
LICENCIA OCUPACIONAL:

FRANCISCO JAVIER PERAFAN PAJA
C.C. 94541541

Centro Medico Laboral informa que este certificado puede ser validado en línea, solo debes escanear el código GR con tu celular o ingresar a www.centromedicolaboral.com, busca la opción de validar en linea e ingresa los siguientes datos en el formulario:

N° Documento: **94541541**

Clave: **oQX8ch4N**

Powered by CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA CALI LA FLORA	**DIRECCIÓN**	Calle 38 Norte 5N - 20
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	cita.cali2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-06-21	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	GLORIA EUGENIA PALOMINO FERNANDEZ			Identificación CC	Nro 66859690
Fecha de Nacimiento	1973-08-07	**Edad**	49	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	PSICOLOGA				
Fecha Ingreso	2023-06-21 10:37:41	**Fecha Salida**	2023-06-21 10:38:11		

EXAMENES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD
CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES
OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA
OTROS — NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Gilberto Chaparro Ll.
Gilberto Chaparro Ll.
Medico Cirujano / Magister S.O.
T.P. 76637 - 14
Lic. en S.O.1081 - 20

GILBERTO CHAPARRO LLANTEN
RM: 76637-14
Firma y sello del médico

GLORIA EUGENIA PALOMINO FERNANDEZ
CC 66859690
Firma del trabajador

Powered by CamScanner

omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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



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

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
GIRON GALLEGO ANGELA MARIA	CC 1113656799	31 Años	F
Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**		**Estado Civil**
PALMIRA	Palmira		SOLTERO
Teléfono Fijo	**Dirección**		**Celular**
3186907575	CRA41-63-11		3186907575
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**		**Hemoclasificación**
ANGEL26-29@HOTMAIL.COM	MAESTRIA		O +

IMC	Hijos	EPS
25.96	0	SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD E.P.S. S.A.

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO CON REFUERZO	1° MODERNA 2° MODERNA	JANSSEN

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
COORDINADORA	2023-09-04	09:38:15	09:53:03	10:03:19

Lugar de realización examen	PALMIRA

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

PREINGRESO

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NINGUNO
ESTA EN CONTROLES CON LA ARL	NO

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

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

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

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

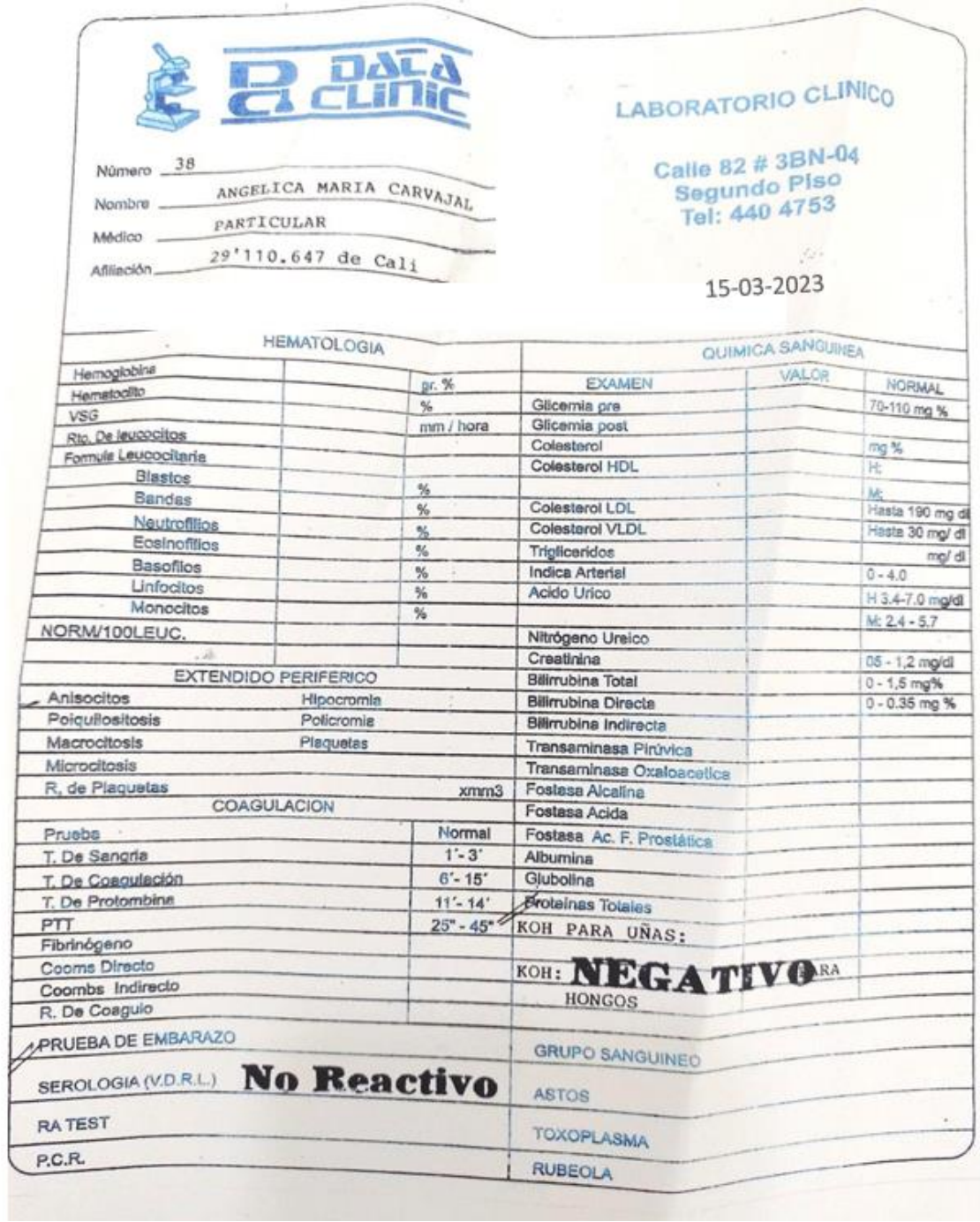
Dr. Jose Luis González Urdinola
Médico Magister en Salud Ocupacional
R.M. 762469-10 / L.S.O. 1835-18

GONZALEZ URDINOLA JOSE LUIS
14704183
RM: 762469-10 L.S.O. 1835-18
Firma y sello del médico evaluador

ANGELA MARIA GIRON GALLEGO
Documento: 1113656799
Firma del trabajador

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

Powered by CamScanner



DATA CLINIC

LABORATORIO CLINICO

Calle 82 # 3BN-04
Segundo Piso
Tel: 440 4753

Número 38
Nombre ANGELICA MARIA CARVAJAL
Médico PARTICULAR
Afiliación 29'110.647 de Cali

15-03-2023

HEMATOLOGIA

Hemoglobina		gr. %
Hematocrito		%
VSG		mm / hora
Rto. De leucocitos		
Formula Leucocitaria		
Blastos		%
Bandas		%
Neutrofilios		%
Eosinofilios		%
Basofilos		%
Linfocitos		%
Monocitos		%
NORM/100LEUC.		

EXTENDIDO PERIFERICO

Anisocitos	Hipocromia
Poiquilositosis	Policromia
Macrocitosis	Plaquetas
Microcitosis	
R. de Plaquetas	xmm3

COAGULACION

Prueba	Normal
T. De Sangria	1'- 3'
T. De Coagulación	6'- 15'
T. De Protombina	11'- 14'
PTT	25" - 45"
Fibrinógeno	
Coons Directo	
Coombs Indirecto	
R. De Coaguio	

PRUEBA DE EMBARAZO

SEROLOGIA (V.D.R.L.) **No Reactivo**

RA TEST

P.C.R.

QUIMICA SANGUINEA

EXAMEN	VALOR	NORMAL
Glicemia pre		70-110 mg %
Glicemia post		
Colesterol		mg %
Colesterol HDL		H:
		M:
Colesterol LDL		Hasta 190 mg dl
Colesterol VLDL		Hasta 30 mg/ dl
Triglicerídos		mg/ dl
Indica Arterial		0 - 4.0
Acido Urico		H 3.4-7.0 mg/dl
		M: 2.4 - 5.7
Nitrógeno Ureico		
Creatinina		05 - 1,2 mg/dl
Bilirrubina Total		0 - 1,5 mg%
Bilirrubina Directa		0 - 0.35 mg %
Bilirrubina Indirecta		
Transaminasa Pirúvica		
Transaminasa Oxaloacetica		
Fostasa Alcalina		
Fostasa Acida		
Fostasa Ac. F. Prostática		
Albumina		
Glubolina		
Proteinas Totales		
KOH PARA UÑAS:		
KOH: **NEGATIVO**	RA	
HONGOS		

GRUPO SANGUINEO

ASTOS

TOXOPLASMA

RUBEOLA

COPROANALISIS

Consistencia Blanda	E. Historica	
Sangre Oculta; neg.	E. Coli	
Moco	E. Nana	
ph	Giardia L.	
Azucares Reductores	Chilomastix M.	
Negativo	Tricomonas H.	
C. De Wright No se obser	Ascaris	
van leucitos	Tricocefalos	
Frotis Rectal	Uncinarias	
	Oxiuros	
Leucocitos	Strongylodles	
Eritrocitos	Taenia	
Piocitos		

NEGATIVO

UROANALISIS

E. FISICO - QUIMICO	SEDIMENTO
Color	C Epitel altas
Aspecto	C Epitel bajas
Densidad	Leucocitos
ph	Eritrocitos
Albumina	Piocitos
Glucosa	Bacterias
Cuerpos Cetónicos	Moco
Bilirrubina	Cristales
Sangre Oculta	Cilindros
Nitritos	Levaduras
Urobilinógeno	Tricomonas
	Pseudohifas

Flora Bacteriana : Normal. / NEGATIVO PARA PARASITOS INTEST.

VAGINALES	URETRALES	ANTIGENOS FEBRILES
Cel Epitel	Cocobacilos gram variables	Tipico O
Cell Clve	Bacilos gram negativos curvos	Tifico H
Levaduras	Bacilos gram negativos	Paratifico A
Hifas	Cocos gram positivos	Paratifico B
Tricomonas	Diplococos gram negativos intracelulares	Proteus OX 19
Leucocitos	Diplococos gram negativos Extracelulares	Brucella AB
	Bacilos gram positivos	

OBSERVACIONES: Compatible con Gardnerella vaginalis

Muestra

Se aisla cepa de

Recuento de colonias

ANTIBIOGRAMA	S	I	R	ANTIBIOGRAMA	S	I	R
Gentamicina				Dicloxacilina			
Sisomicina				Oxacilina			
Netromicina				Penicilina			
Trimetropin - Sulfa				Eritromicina			
Nitrofurantoina				Lincomicina			
Acido Nalidixico				Clindamicina			
Acido Pipemidico				Cefalosporinas			
Tobramicina				Cloranfenicol			
Ampicilina				Carbonicilla			
Tetraciclina							
Rifampicina							

OBSERVACIONES

Atentamente:

Dra. MARIA ELENA GASCA
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD DEL VALLE

Firma y Sello del Bacteriólogo

Laboratorio

DATA CLINIC
CALLE 82 No. 3BN – 07 B/ Floralia - TEL: 434 76 28

EXAMEN MEDICO DE INGRESO [X] RETIRO [ ]

Nombre: ANGELICA MARIA CARVAJAL Natural de CALI (VALLE)

Edad 43 Años, identificado con CC No. 29'110.647 de CALI (VALLE)

Empresa FUNDACOBA Ocupación AUXILIAR PEDAGOJICA.

Antecedentes Familiares: NINGUNO.

ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES:

SUFRE O HA SUFRIDO ALGUNA VEZ	SI	NO
1. a) Perdida de conocimiento?	[ ]	[X]
b) Convulsiones o ataques?	[ ]	[X]
c) Enfermedad mental?	[ ]	[X]
2. a) Enfermedad de la tiroides?	[ ]	[X]
3. a) Enfermedades de los ojos?	[ ]	[X]
b) Enfermedades de los oidos?	[ ]	[X]
4. a) Enfermedad del corazón?	[ ]	[X]
b) Enfermedad de los pulmones?	[ ]	[X]
5. a) Hepatitis?	[ ]	[X]
b) Ulcera del estomago o Duodeno?	[ ]	[X]
c) Hernias?	[ ]	[X]
d) Enfermedad del colon?	[ ]	[X]
e) Enfermedad de la Vesicula Biliar?	[ ]	[X]
f) Enfermedad Genito – Urinarias?	[ ]	[X]
6. a) Alergias? N	[ ]	[X]
7. a) Enfermedades reumáticas?	[ ]	[X]
8. a) Enfermedades Venéreas?	[ ]	[X]
9. a) Enfermedad de la columna vertebral	[ ]	[X]
10. a) Enfermedad o limitación de Los miembros?	[ ]	[X]
b) Varices?	[ ]	[X]
11. a) Hemorroides?	[ ]	[X]
12. a) Ha estado hospitalizado?	[X]	[ ]
13. a) Sufre alguna enfermedad?	[ ]	[X]
14. a) Esta bajo algún tratamiento?	[ ]	[X]
15. a) Tiene alguna limitación física Para el trabajo?	[ ]	[X]
16. a) Ha sido vacunado en los últimos 5 años?	[X]	[ ]
17. a) Alguna vez ha sido operado?	[X]	[ ]
18) a) Es alcohólico o Drogadicto?	[ ]	[X]

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS PATOLOGICOS SI [ ] NO [ ] FECHA ÚLTIMA REGLA

AMPLIACION DE LOS ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES CONTESTADOS SI:

HA SIDO OPERADA DE CESESAREA Y HA ESTADO HOSPITALIZADA POR MATERNIDAD.
HA SIDO VACUNADA DE TETANOL. INFLUENZA.

EXAMEN FISICO

APARIENCIA GENERAL: Aparenta estar sano Aparenta estar enfermo

PESO 62 Kilos ESTATURA 1.55 Mtrs PULSO 70Px' TENSION ARTERIAL 120 / 80

CABEZA Y CUELLO (OIDOS, NARIZ, BOCA Y GARGANTA) Normales X Anormales

TORAX (CORAZON Y PULMONES) Normal X Anormal

ABDOMEN: Normal X Anormal ANILLOS: Normales X Anormales

ESPALDA: Normal X Anormal

EXTREMIDADES: Normal X Anormal

PIEL: Normal X Anormal

ALGUNA OBSERVACION SOBRE LOS SISTEMAS CARDIOPULMONAR, DIGESTIVO Y ENDOCRINO, GENITOURINARIO, NERVIOSO, O MUSCULOESQUELETICO? SI NO (En caso positivo subraya cual)

AMPLIACION SOBRE LOS HAYAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN FISICO

EL PACIENTE ES: APTO X NO APTO

Debe renunciar a prestaciones sociales? NO

SI Por las siguientes causas:

OBSERVACIONES

EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE A EMPLEO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS DADAS POR MI REFERENTE A MI IDENTIDAD Y A MIS ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES Y PERSONALES. ASI COMO LAS DECLARACIONES CONCERNIENTES MI ESTADO ACTUAL DE SALUD QUE APARECEN EN AL PRIMERA MITAD DE ESTE FORMULARIO. LAS HE LEIDO SON VERIDICOS Y PUEDEN SER TENIDAS EN CUENTA PARA TODOS LOS FINES LABORALES PERTINENTES, ASIMISMO ACEPTO EL RESULTADO DEL EXAMEN MEDICO Y AUTORIZO ENVIARLO A MIS EMPLEADORES.

Solicitante Angelica Ma Cuevas
C.C No. 29110647 de Cali

HUELLA

Dr. Roberto Solarte S.
MEDICO OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD DEL VALLE
VALLE

EL MEDICO

15-03-2023

GRUPO EMPRESARIAL
PRO -AMBIENTAL S.A.S
AUTORIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPA
RES. 4145.0.21.0261 DEL 5 DE ABRIL DE 2011
ART. 12 RESOLUCION 2674 DEL 2013
NIT. 900.392.825-5

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	27102023 CALI	TIPO DE EXAMEN:	INGRESO
PACIENTE:	ANGIE DANIELA POLANIA	IDENTIFICACIÓN:	1.144.097.913
GÉNERO:	FEMENINO EDAD 26	TEL MOVIL	321792.4959
ESTADO CIVIL:	SOLTERA	EPS	NUEVA EPS
ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL PSICOLOGA		
EMPRESA:			
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	CONTRATISTA		

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONAL

1 PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS MINIMO MINUTO SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA.
2 SUMINISTRAR PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN A DESEMPEÑAR.
3 REALIZAR INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN A CARGO
4 EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS SEGÚN PROFESIOGRAMA DE EMPRESA.
5 CAPACITAR EN HIGIENE DE POSTURA.
6 CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO PROPIO A REALIZAR

RECOMENDACIONES GENERALES

1. HABITOS SALUDABLES (HORAS DE SUEÑO ADECUADAS.
2. REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FISICA (DEPORTE) CON
3. FRECUENCIA MINIMA TRES VECES POR SEMANA MINIMO 40 MINUTOS POR SECCION.
4. CONSUMO DE DIETA BALANCEADA.
5. SE RECOMINEDA VALORACION POR NUTRICIONISTA EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIÓN

OBSERVACIONES

TIPO DE RESTRINCCION	CONDICIONES, FACTORES, AGENTES ASOCIADOS	PERMANENTES
NO		

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDIOMOLOGICA O PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

NO

INFORMACION DE PREVENCION

NUTRICION EPS

En la fecha, yo mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en buen uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ningún índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes cli-nicos y paracli-nicos que me van hacer practicados y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes cli-nicos y paracli-nicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar las muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmado de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento en lo dispuesto en la ley estatutaria 1581 del 17 de octubre del 2012.Autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas firmo para constancia.

DIANA CAROLINA HERNANDEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Registro Min Salud: 24649/97
Licencia Salud Ocupacional: 0307/1106 SSPM CALI

ANGIE DANIELA POLANIA
C.C. 1.144.097.913
FIRMA Y CEDULA DEL PACIENTE

Impreso 27/10/23 Impreso por software PROAMBIENTAL S.A.S

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-10-27

Nombres y apellidos: AYLEEN JULIETH HINESTROZA CASTRO
Fecha de nacimiento: 09/02/1990
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: GESTOR DE DESARROLLO

CC: 1111780540
Edad: 33 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-10-27 / 10:39:04
Fecha salida: 0001-01-01 / 12:00:00



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
PREVENCIÓN DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNA
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Eblin Y. Rodriguez R.
MEDICO CIRUJANO SALUD EN EL TRABAJO
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
R.M. 525860 - LSST

EBLIN YADIRA RODRIGUEZ ANGULO
RM: 525860
Firma y sello del médico

AYLEEN JULIETH HINESTROZA CASTRO
CC: 1111780540
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

GRUPO EMPRESARIAL
PRO -AMBIENTAL S.A.S
AUTORIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPA
RES. 4145.0.21.0261 DEL 5 DE ABRIL DE 2011
ART. 12 RESOLUCION 2674 DEL 2013
NIT. 900.392.825-5

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	25102023 CALI	TIPO DE EXAMEN:	INGRESO
PACIENTE:	CARLOS EDUARDO MONROY OSORIO	IDENTIFICACIÓN:	1.143.838.393
GÉNERO:	MASCULINO EDAD 32	TEL MOVIL	3192248688
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	EPS	SANITAS
ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL		
EMPRESA:			
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	DOCENTE		

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONAL

1 PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS MINIMO MINUTO
SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA.
2 SUMINISTRAR PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN A DESEMPEÑAR.
3 REALIZAR INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN A CARGO
4 EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS SEGÚN PROFESIOGRAMA DE EMPRESA.
5 CAPACITAR EN HIGIENE DE POSTURA.
6 CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO PROPIO A REALIZAR
RECOMENDACIONES GENERALES
1. HABITOS SALUDABLES (HORAS DE SUEÑO ADECUADAS.
2. REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FISICA (DEPORTE) CON
3. FRECUENCIA MINIMA TRES VECES POR SEMANA MINIMO 40 MINUTOS POR SECCION.
4. CONSUMO DE DIETA BALANCEADA.
5. SE RECOMINEDA VALORACION POR NUTRICIONISTA EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIÓN

OBSERVACIONES

TIPO DE RESTRINCCION	CONDICIONES, FACTORES, AGENTES ASOCIADOS	PERMANENTES
NO		

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDIOMOLOGICA O PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

NO

INFORMACION DE PREVENCION

NUTRICION EPS

En la fecha, yo mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en buen uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ningún índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes cli-nicos y paracli-nicos que me van hacer practicados y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes cli-nicos y paracli-nicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar las muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmado de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento en lo dispuesto en la ley estatutaria 1581 del 17 de octubre del 2012.Autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas firmo para constancia.

DIANA CAROLINA HERNANDEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Registro Min Salud: 24649/97
Licencia Salud Ocupacional: 0307/1106 SSPM CALI

CARLOS EDUARDO MONROY OSORIO
C.C. 1.143.838.393
FIRMA Y CEDULA DEL PACIENTE

Impreso 25/10/23 Impreso por software PROAMBIENTAL S.A.S

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
INGRESO



Fecha: 27/ Oct/ 23
Apellido: ZORRILA OTALVORA
Nombre: DANNY RAUL
Nro Identidad: 94331635
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: PSICOLOGO
Telefono: **Celular:** 3116209687 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Valle - Palmira
Peso: 69 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 25.3 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: SANITAS **ARL:** SURA **AFP:** PROTECCION

HC: # 3310
Edad: 31 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 4//Sep/1992
Rh: A+

.

Examenes Realizados

- [ ] Audiometria Tamiz
- [x] Examen Medico Ocupacional con Enafasis Osteomuscular
- [ ] Perfil Lipidico
- [ ] Coprologico
- [ ] Glicemia
- [ ] Prueba Psicosensometrica
- [ ] Espirometria
- [ ] Optometria
- [ ] Visiometria

Recomendaciones Especificas

- [x] Autocuidado.
- [ ] Control de Peso.
- [ ] Dieta.
- [ ] Ejercicio Regular.
- [ ] Habitos de Vida Saludable.
- [ ] Mantener Adecuada Higiene Postural.
- [x] Prevencion de Accidentes.
- [ ] Realizar Pausas Activas.
- [x] Reportar Accidentes de Trabajo Oportunamente.
- [ ] Uso de E.P.P Según panorama de riesgo

Otros: Incluir en SVE de acuerdo al Perfil de Riesgo del Cargo, SVE Visual.

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Osteomuscular	SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR APARENTE

Concepto

- [ ] Aplazado
- [ ] Continuar manejo en E.P.S
- [ ] Con Restricciones para el Cargo
- [ ] En el momento no se identifican patologías asociadas a su ocupación.
- [ ] Continuar manejo en A.R.L
- [x] Sin Restricciones para el Cargo

Recomendaciones Personalizadas

- PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL SEGÚN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- PROMOVER HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE CON DIETA Y EJERCICIO.
- USO OBLIGATORIO, PERMANENTE Y ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN RIESGO LABORAL
- ADECUADO POSTURA Y CAMBIOS DE POSICIÓN INTERMITENTES.

Observaciones

- EL PACIENTE CUENTA CON PATOLOGÍAS PREEXISTENTES SUSCEPTIBLES AL COVID-19?: NO
- CAPACITACIÓN SOBRE LOS RIESGOS PROPIOS DEL CARGO A DESEMPEÑAR.
- CAPACITACIÓN SOBRE USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
- DISMINUIR DE PESO.
- EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO -POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS. SML Soluciones Medicas Laborales S.A.S. NIT. 901073776-8 con sede principal en la Carrera 31 N 31-65 en Palmira, se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales. Yo en calidad de paciente previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto: que los datos que he suministrados sean incorporados en la base de datos de SML Soluciones Medicas Laborales S.A.S. Ademas, autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; he recibido información de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es verídica y completa.

Lorena Trochez Daza
Medico Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional

LORENA TROCHEZ DAZA
MEDICO LABORAL
Lic. de S.O #: 1814
Registro #: 761545

DANNY RAUL ZORRILLA OTALVORA
CC 1143844597

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-10-27

Nombres y apellidos: DARLING BONILLA RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento: 30/05/1994
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PSICOLOGA

CC: 1111798353
Edad: 29 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-10-27 / 09:53:23
Fecha salida: 2023-10-27 / 09:55:29



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+
- COPROLOGICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR::	ACUDIR AL MEDICO GENERAL DE LA EPS POR CONTROL DE PESO
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:	ALIMENTACION BALANCEADA
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	ANUAL

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

CONDICIÓN VISUAL:	ANUAL
CARDIOVASCULAR:	CONTROL DE PESO

RESTRICCIONES:

TIPO RESTRICCIÓN:	NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN:	NINGUNO

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Edna Margarita M.P.
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R. M. 1144033738
Resol: 1.890-94

EDNA MARGARITA MOSQUERA PALACIO
RM: 1144033738
Firma y sello del médico

DARLING BONILLA RODRIGUEZ
CC: 1111798353
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Ibagué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Montería - Manizales - Pereira - Santa Marta -

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Unidad de Salud Ocupacional	VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	Cód.: FT-MO-VM-01 Versión : 4 Fecha: 13/11/2015 Página 1 de 1

CERTIFICADO MEDICO LABORAL



Fecha: 11/02/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO

Nombre: FLOR MARIA MOSQUERA RIASCOS

Empresa: PARTICULAR

En Misión:

Ciudad del Exámen: CALI TEQUENDAMA

Cédula: 66744026 Cargo: AGENTE EDUCATIVO 461726

Para dar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclinicos:

CONCEPTO MEDICO LABORAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

REMISIÓN
NINGUNA

Observación ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIÓN
NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
Uso de E.P.P según panorama de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado,Higiene postural,Reportar accidentes de trab ajo oportunamente,Prevención de accidentalidad,Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo,Hábitos de vida saluc ables,Ejercicio Regular

TRABAJO ESPECIALES

Trabajo en Alturas:	NO APLICA	Manipulacion de alimentos	NO APLICA
Trabajo en altitudes > 2500 mts:	NO APLICA	Trabajo en ambientes hiperbáricos:	NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:	NO APLICA	Trabajo como brigadista:	NO APLICA
Trabajo con energia de alta tensión:	NO APLICA	Conducción de vehiculos:	NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes:	NO APLICA	Manipulación sustancias químicas:	NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas:	NO APLICA		
Trabajo en bajas temperaturas:	NO APLICA		

PVE VISUAL	X	PVE AUDITIVO		PVE RESPIRATORIO	
PVE ERGONOMICO	X	PVE CARDIOVASCULAR		PVE PSICOSOCIAL	
PVE QUIMMICO		PVE Radiaciones Ionizantes		PVE BIOLOGICO	

Observaciones Generales
- HABITOS DE VIDA SALUDABLES – EL EJERCICIO REGULAR AL MENOS 5 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINU TOS MEJORA EL ESTADO FISICO Y PREVIENE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES, POR LO QUE SE RECOMIENDA LA PRACTICA DE ACTIVIDAD DEPORTIVA, ACORDE CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD

FLOR MARIA MOSQUERA RIASCOS
c.c 66744026

Gustavo Adolfo Rocha Ocampo
Registro: 765540/2010
Lic: 0763

Powered by CamScanner

Fecha: 11/02/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO Número: 66744026

1. INFORMACION GENERAL



Apellidos: MOSQUERA RIASCOS Nombres: FLOR MARIA Edad: 50
Cedula: 66744026 Tipo Doc: CEDULA Cd Exám: CALI Sexo: FEMENINO
Estado Civil: CASADO Estrato : 3 Dpto. Nacimiento: Valle del Cauca
Fecha Nacido: 11/11/1972 Cd Nacimiento: Buenaventura Escolaridad: PROFESIONAL
Teléfono: 311738100 Cd residencia: Cali email: flordeasaalia45@gmail.com
Direc reside: CR 98 53 181 Nacionalidad: Colombia
Acompañante: No refiere Tel. Acompa: No aplica
Responsable: N/A Tel. Responsable: 0 Parentesco Responsable: N/A
E.P.S: NUEVA E.P.S. A.R.L: NO TIENE A.F.P: Porvenir S.A.
Empleador: PARTICULAR Act. Económ: na
En Misión: Act. Económ: na
Fecha Ingreso: 11/02/2023 Cargo: AGENTE EDUCATIVO Sección: na

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (Inicia desde el actual)

Empleador: FUNDACOA Empresa en mision:
Cargos Desempeñados: AUXILIAIR PEDAGOGICA
Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 01 Actividad Económica: NA
Descripcion Funciones: AYUDAR A DOCENTES , SOCIALIAR TEMAS Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuestos

Físicos						Químicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp.Alta	Temp.Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Liquidos	Vapores	Fibras
☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp

Ergonómicos					
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto	
☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp

Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos	
☐	☐ epp	☐	☐ epp

Otros:													
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		seguridad		Psicosocial	
☐	☐ epp	☑	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp

Empleador: MAPATOR Empresa en mision:
Cargos Desempeñados: AGENTE EDUACATIVO
Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 03 Actividad Económica: NA
Descripcion Funciones: DOCENCIA Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuestos

Físicos						Químicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp.Alta	Temp.Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Liquidos	Vapores	Fibras
☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp

Ergonómicos					
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto	
☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp

Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos	
☐	☐ epp	☐	☐ epp

Otros:													
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		seguridad		Psicosocial	
☐	☐ epp	☑	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☑	☐ epp

Empleador: INSTITUTO ANTONIO NARIÑO Empresa en mision:
Cargos Desempeñados: DOCENTE
Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 01 Actividad Económica:
Descripcion Funciones: DOCENCIA Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuestos

Físicos						Químicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp.Alta	Temp.Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Liquidos	Vapores	Fibras
☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp	☐ epp

Ergonómicos					
Carga Dinámica		Carga Estática		Diseño de Puesto	
☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp

Manejo de Cargas		Movimientos Repetitivos	
☐	☐ epp	☐	☐ epp

Otros:													
Trabajo en alturas		Mecánico		Eléctrico		Locativo		Biológico		seguridad		Psicosocial	
☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp	☐	☐ epp

Powered by CamScanner

Fecha: 11/02/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO Número: 66744026

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Observaciones:

3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES - ACCIDENTES DE TRABAJO

Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
	ARL:			
Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
	ARL:			
Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
	ARL:			

Observaciones: NIEGA ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES Y/O ACCIDENTES LABORALES

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Causa	Parentesco	Causa	Parentesco	Causa	Parentesco
1. Pulmonares:	No Refiere	4. Hipertensión:	No Refiere	7. Convulsiones:	No Refiere
2. Dislipidemias:	No Refiere	5. Cardiacos:	No Refiere	8. Tiroides:	No Refiere
3. Diabetes:	No Refiere	6. Cerebrovasculares:	No Refiere	9. Cancer:	No Refiere

Observaciones: NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

5. ANTECEDENTES PERSONALES

Causa		Causa		Causa	
1. Infeccioso:	☐	7. Digestivo:	☐	13. Osteomuscular:	☐
2. Cefalea:	☐	8. Genitourinario:	☐	14. Piel Anexos:	☐
3. Visual:	☑	9. Endocrinólogo:	☐	15. Traumático:	☐
4. Oidos, Nariz, Gargante:	☐	10. Hematológico:	☐	16. Quirúrgico:	☐
5. Pulmones:	☐	11. Alérgico:	☐	17. Farmacológico:	☐
6. Cardiovascular:	☐	12. Neurológico	☐	18. Otro:	☐
19. Metabólicos:	☐				

Observaciones: PRESBICIA/ ULTIAM CORRECCION HACE 1 AÑO
POMEROY /1995
SE INTERROGA SOBRE ANTECEDENTES PERSONALES, NIEGA PATÒLOGIAS CARDIOVASCULARES COMO HIPERTENSION, D
MELLITUS, DISLIPIDEMIAS, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. NIEGA PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES COMO TENDINITIS,
LITIS, SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO, SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR
NIEGA ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS, QUIRÚRGICOS, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, ALERGICOS.

inecoobstetricos:

lenarquia:	15	Ciclos.	REGULAR	Fumens:	28/01/2023	Gestación:	2	Partos: 2	Aborto 0
itologia:	2022	Resultado:	NORMAL	Planificación:	QUIRURGICO	Cesareas:	0	FUP:	06/09/1995

REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS

EL Y FANERAS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
ORRINOLARINGOLÓGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
TALMOLOGICOS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
SPIRATORIOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
RDIOVASCULARES. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
NITOURINARIO. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
TEOMUSCULARES. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
UROLOGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
DOCRINOLOGICO. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
GUIATRICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
ROS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA

HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

rrillo: NO	No. Cigarrillos al dia:		Años: 0	Meses: 0	Tiempo Abandono:	Años: 0	Meses: 0
r: NO	Frecuencia:	N/A	Años: 0	Meses: 0	Tiempo Abandono:	Años: 0	Meses: 0
idad Fisica - Deporte: na					Frecuencia: na		
idad Extralaborales: na					Frecuencia: na		

Powered by CamScanner

8. ESQUEMA DE VACUNACION

Tetano:	Hepatitis B:	F. Amarilla	Influenza Estacional	Influenza H1N1	MMR	Varicela	Hepatitis A	Otras	NO APORTA CA
No. Dosis									
F.U.D									

9. COMPOSICION FAMILIAR

Familiar:	HIJA	Cantidad:	1
Familiar:	CONYUGE	Cantidad:	1
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0

10. EXAMEN FISICO

Peso (Kg): 75 Talla (m): 1,76 I.M.C:24,21 Pulso: NORMAL Lateralidad: DIESTRO

T.A. Sentado (mmHg) :135/86 Perimetro Abdominal (Cm):75 Pulso (LPM): 69

Aspecto General: INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS, APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES.

11. SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Columna Cervical:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Dorsal:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Lumbosacra:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Miembros Superiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Miembros Inferiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Manos:	Funcionalidad:	NORMAL		

Prueba Tinnel:	NORMAL
Prueba Phanen: (flexión completa de ambas muñecas * 1min)	NORMAL
Prueba Finkelstein: (desviación cubital de muñeca con flexión de pulgar)	NORMAL

Observación: HOMBROS: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADOS, NO DOLOR A LA PALPACION, TEST DE APLEY NEGATIVO
CODOS: ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, NO DOLOR A LA PALPACIÓN EPICONDILOS LATERALES O MEDIALES, NI CON
ONOSUPINACION PASIVA O ACTIVA DE ANTEBRAZOS.
MANOS: ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA , NO DOLOR A LA PALPACIÓN O MOVILIZA
N PASIVA O ACTIVA DE ARTICULACIONES INTERFALANGICAS O METACARPOFALANGICAS EN AMBAS MANOS, NO DOLOR A LA
LPACIÓN DE EMINENCIAS TENAR O HIPOTENAR, NO DOLOR A LA PALPACIÓN O MOVILIZACIÓN PASIVA O ACTIVA DE MUÑECA
COLUMNA: SE OBSERVA ALINEADA, FLEXO-EXTENSIÓN Y ROTACIÓN NORMALES, NO DEFORMIDADES, NO PRESENTA PUNTO
OROSOS A LA PALPACIÓN DE ÁREA LUMBAR.
CADERAS: CON MOVILIDAD COMPLETA, NO DOLOR, MARCHA NORMAL
RODILLAS: ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, NO DOLOR A LA PALPACION, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA. REALIZA
CLILLAS SIN DIFICULTAD O DOLOR. SE REALIZA SIGNO DE CAJON: NEGATIVO, SIGNO DE BOSTEZO: NEGATIVO
TOBILLOS: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADOS, NO DOLOR A LA PALPACION
PIES: ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADOS, NO HAY SIGNOS DE DOLOR NI LIMITACION A LA MARCHA EN PUNTA
TALONES.

12. ORGANOS Y SISTEMAS

Ojos:	Conjuntivas:	NORMAL	Pupilas Cornea:	NORMAL	Anexos:	NORMAL	Fond de Ojo:	NO SE EVALUA	
Boca:	Labios Lengua:	NORMAL	Faring Amigdalas:	NORMAL					
Oidos Nariz:	Pabellones:	NORMAL	Tabique:	NORMAL	Cornetes:	NORMAL			
Torax:	Senos:	NO SE EVALUA	Pulmones:	NORMAL	Corazón:	NORMAL			
Abdomen:	Pared:	NORMAL	Vice. (magalias):	NORMAL	Hernias:	NORMAL			
Cuello:	Cuello:	NORMAL							
Piel:	Piel:	NORMAL							
Genitales:	Genitales:	NO SE EVALUA							
Vascular:	Periférico:	NORMAL	Linfáticos:	NORMAL	Varice:	NORMAL			
Ist. Nervioso:	Reflejos:	NORMAL	Marcha:	NORMAL	Coordinación	NORMAL			
	Prueba de equilibrio dinámico y estático:	NORMAL							

Observaciónes: NORMOCÉFALO; CUELLO SIMETRICO, ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADOS, NO DOLOR A LA PALPACION, NO M
S, CARDIOPULMONAR: TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SINCRONICOS CON EL PULSO, NO SOPLOS, MURM
VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRES
NO DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO HERNIAS; SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

Powered by CamScanner

Fecha: 11/02/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO Número: 66744026

Agudeza Visual Cercana:	Ojo Derecho:		Ojo Izquierdo:		☐ Con Corrección	☐ Sin Corrección
Agudeza Visual Lejana:	Ojo Derecho:		Ojo Izquierdo:		☐ Con Corrección	☐ Sin Corrección

Otoscopia	Normal:	OD: SI	OI: SI	Timpanopatía:	OD: NO	OI: NO
	Tapón:	OD: NO	OI: NO			

Dentadura:	Buen Estado:	SI	Completa:	SI	Prótesis:	NO

Observaciónes: OTOSCOPIA NORMAL

Powered by CamScanner

Fecha: 11/02/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO Número: 66744026

13. EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

14. DIAGNOSTICO

H524 PRESBICIA:Oculares — Confirmado Nuevo

15. CONCEPTO MEDICO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

TRABAJO DE ALTO RIESGO:

Trabajo en Alturas:	NO APLICA	Trabajo en altitudes > 2500 mts:	NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:	NO APLICA	Trabajo en ambientes hiperbáricos:	NO APLICA
Trabajo como brigadista:	NO APLICA	Manipulacion de alimentos	NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión:	NO APLICA	Conducción de vehiculos:	NO APLICA
Trabajo con radiaciones Ionizantes:	NO APLICA	Manipulación sustancias químicas:::	NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas:	NO APLICA		
Trabajo en bajas temperaturas:	NO APLICA		

REMISIONES:

NINGUNA

Observación

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES:

NO NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Uso de E.P.P según panorama de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado,Higiene postural,Reportar accidentes de trabajo oportunamente,Prevenci ón de accidentalidad,Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo,Hábitos de vida saludables,Ejercicio Regular

PVE VISUAL	X	PVE AUDITIVO		PVE RESPIRATORIO	
PVE ERGONOMICO	X	PVE CARDIOVASCULAR		PVE PSICOSOCIAL	
PVE QUIMMICO		PVE Radiaciones Ionizantes		PVE BIOLOGICO	

OBSERVACIONES GENERALES

- HABITOS DE VIDA SALUDABLES – EL EJERCICIO REGULAR AL MENOS 5 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS MEJORA EL ESTADO FI PREVIENE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES, POR LO QUE SE RECOMIENDA LA PRACTICA DE ACTIVIDAD DEPORTIVA, ACORDE CON SU ES FISICO Y CONDICION DE SALUD

FLOR MARIA MOSQUERA RIASCOS
c.c: 66744026

Gustavo Adolfo Rocha Ocampo
Registro: 765540/2010
Lic: 0783

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 31/10/2023 10.08 AM

FECHA DE EXAMEN 31/10/2023 12.00 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	**Nit**	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	**e-mail**	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	HAMILTON			**Apellidos**	ANGOLA GONZALEZ				
Identificación	CC	1130629691	**Edad**	37 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguineo**		O +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	CALI			**Fecha de nacimiento**		13/10/1986	**Estrato**	3
Estado civil	Casado (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Teléfonos**	3157528505			
Departamento	Valle Del Cauca	**Municipio**	Cali		**Dirección**	CALLE 55 AN # 2AN-99			
EPS	SURA EPS								
ARL	SURA			**Fondo de Pensiones**	PORVENIR S.A.				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	**SEDE**	NO REFIERE
CARGO	INGENIERO INFORMATICO	**SECCION O AREA**	NO REFIERE
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION	**JORNADA DE TRABAJO**	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo con recomendaciones

RECOMENDACIONES

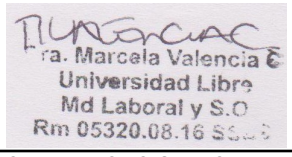
RECOMENDACIONES GENERALES	HABITOS DE VIDA SALUDABLES USO DE EPP QUE EL CARGO REQUIERE PAUSAS ACTIVAS HIGIENE POSTURAL AUTOCUIDADO FRENTE A COVID CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA DE SU EPS

SALUD OCUPACIONAL		
Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés
Dieta balanceada	Uso de corrección óptica	

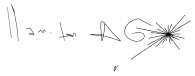
INGRESO A SVE		
SVE (Ergonómico)	SVE (Biológico)	SVE (Psicolaboral)
SVE (Visual)		

Nombres y Apellidos HAMILTON ANGOLA GONZALEZ **Identificación** CC 1130629691

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.



MARCELA VALENCIA CASTRILLON
C.C 29361412 RM: 05320.08.16
Firma y sello del Médico Evaluador



HAMILTON
C.C 1130629691
Firma del trabajador Evaluado



GRUPO EMPRESARIAL
PRO -AMBIENTAL S.A.S
AUTORIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPA
RES. 4145.0.21.0261 DEL 5 DE ABRIL DE 2011
ART. 12 RESOLUCION 2674 DEL 2013
NIT. 900.392.825-5

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	01112023 CALI	TIPO DE EXAMEN:	INGRESO
PACIENTE:	JOSE ALBERTO BERRIO ROBLES	IDENTIFICACIÓN:	1.120.751.886
GÉNERO:	MASCULINO EDAD 26	TEL MOVIL	3014221347
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	EPS	SANITAS
ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL		
EMPRESA:			
ACTIVIDAD ECONOMICA:	TRABAJO SOCIAL		

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONAL

1. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS MINIMO MINUTOSEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA.
2. SUMINISTRAR PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN A DESEMPEÑAR.
2. REALIZAR INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN A CARGO
   EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS SEGÚN PROFESIOGRAMA DE EMPRESA.
   CAPACITAR EN HIGIENE DE POSTURA.
   CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO PROPIO A REALIZAR

RECOMENDACIONES GENERALES

1. HABITOS SALUDABLES (HORAS DE SUEÑO ADECUADAS.
2. REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FISICA (DEPORTE) CON
3. FRECUENCIA MINIMA TRES VECES POR SEMANA MINIMO 40 MINUTOS POR SECCION.
4. CONSUMO DE DIETA BALANCEADA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

5. SE RECOMINEDA VALORACION POR NUTRICIONISTA EPS.

APTO CON RECOMENDACIÓN

OBSERVACIONES

TIPO DE RESTRINCCION	CONDICIONES, FACTORES, AGENTES ASOCIADOS PERMANENTES
NO	

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDIOMOLOGICA O PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

NO

INFORMACION DE PREVENCION

NUTRICION EPS

En la fecha, yo mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en buen uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ningún índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes cli-nicos y paracli-nicos que me van hacer practicados y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes cli-nicos y paracli-nicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar las muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmado de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento en lo dispuesto en la ley estatutaria 1581 del 17 de octubre del 2012.Autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas firmo para constancia.

DIANA CAROLINA HERNANDEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Registro Min Salud: 24649/97
Licencia Salud Ocupacional: 0307/1106 SSPM CALI

JOSE ALBERTO BERRIO ROBLES
C.C. 1.120.751.886
FIRMA Y CEDULA DEL PACIENTE

Impreso 01/11/23 Impreso por software PROAMBIENTAL S.A.S

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 27/10/2023 9.35 AM

FECHA DE EXAMEN 27/10/2023 12.00 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	**Nit**	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	**e-mail**	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	LAURA ISABEL			**Apellidos**	ESCOBAR HERRERA				
Identificación	CC	1113536841	**Edad**	26 Años	**Genero**	F	**Grupo sanguineo**		O -
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	CALI			**Fecha de nacimiento**		15/05/1997	**Estrato**	3
Estado civil	Soltero (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Teléfonos**	3028647422			
Departamento	Valle Del Cauca	**Municipio**	Cali		**Dirección**	CARRERA 7J # 66-22			
EPS	NUEVA EPS								
ARL	NO REFIERE			**Fondo de Pensiones**	NO REFIERE				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	**SEDE**	NO REFIERE
CARGO	PSICOLOGA	**SECCION O AREA**	NO REFIERE
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION	**JORNADA DE TRABAJO**	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo con recomendaciones

RECOMENDACIONES

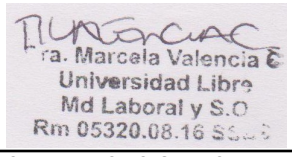
RECOMENDACIONES GENERALES	HABITOS DE VIDA SALUDABLES USO DE EPP QUE EL CARGO REQUIERE PAUSAS ACTIVAS HIGIENE POSTURAL AUTOCUIDADO FRENTE A COVID CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA DE SU EPS RECOMENDACIONES SOBRE PREVENCION DE RIESGO ERGONOMICO Y CARDIOVASCULAR, CONTROL DE PESO Y PATOLOGIA METABOLICA EN SU EPS

SALUD OCUPACIONAL		
Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés
Dieta balanceada	Uso de corrección óptica	

INGRESO A SVE		
SVE (Ergonómico)	SVE (Biológico)	SVE (Psicolaboral)
SVE (Cardiovascular-Metabólico)	SVE (Visual)	

Nombres y Apellidos LAURA ISABEL ESCOBAR HERRERA **Identificación** CC 1113536841

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.



MARCELA VALENCIA CASTRILLON
C.C 29361412 RM: 05320.08.16
Firma y sello del Médico Evaluador



LAURA ISABEL
C.C 1113536841
Firma del trabajador Evaluado



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA DE REGISTRO	ENERO 26 DEL 2023
CIUDAD	SANTIAGO DE CALI

INGRE40

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

RAZON SOCIAL	A NOMBRE PROPIO

APELLIDOS	NOMBRE	DOCUMENTO ID.	GENERO	ESTADO CIVIL	EDAD
TOTO MOLINA	LISSETH	67040596	FEMENINO	UNI. LIBRE	36 AÑOS

CARGO	**COORDINADORA**

CONCEPTO MÉDICO
CONDICIONES DE SALUD QUE AMERITAN RECOMENDACIONES CON EL PERFIL O CARGO A DESEMPEÑAR

OBSERVACIONES ADICIONALES (Incluir motivo de aplazamiento)
NINGUNA

RESTRICCIONES
NINGUNA

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE TUVIERON EN CUENTA LOS SIGUIENTES EXAMENES
NINGUNO

REMISION A EPS		VALORACION POR OPTOMETRIA DE FORMA ANUAL EN EPS
OTROS		NO
REMISION A ARL		NO

REUBICACIÓN		NO
RECOMENDACIONES		USO DE EPP CORRESPONDIENTES A LOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA,PARA EL CARGO EN MENCION: • HIGIENE POSTURAL • PAUSAS ACTIVAS • EJERCICIO HABITUAL DE VIDAS SALUDABLE • MANEJO DE ESTRES. • DIETA BALANCEADA. • ATENDER LAS RECOMENDACIONES Y LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ESPECIALMENTE LOS REFERIDOS EN EL DOCUMENTO “ORIENTACIONES DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE MITIGACIÓN PARA CONTENER LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR COVID-19, DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN EN GENERAL. • LAVADO FRECUENTE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN. • USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.USO DE FORMULA OPTICA SEGUN RECOMENDACIONES DE OPTOMETRIA .TEMPORALMENTE, HASTA EL CONCEPTO DEL PERSONAL DE SU SERVICIO DE SALUD (T. ORTOPEDIA-FISIATRIA): 1. EVITAR LABORES CON ALTA CARGA FISICA QUE GENEREN RIESGO ERGONÓMICO IMPORTANTE PARA LA REGIÓN AFECTADA. 2. EVITAR MOVIMIENTOS Y POSTURAS FORZADAS Y SOSTENIDAS POR FUERA DE LOS RANGOS DE SEGURIDAD Y CONFORT. 3. PERMITIR LA ALTERNANCIA DE BASE DE SUSTENTACION SEDENTE-BIPEDA SEGÚN SINTOMATOLOGIA (DOLOR-MOLESTIA). 4. CAMINAR POR TERRENOS ESTABLES, REGULARES, CON INCLINACIÓN SEGURA.

INGRESAR A SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL

VISUAL	NO				

OTRAS RECOMENDACIONES	CONTROL CON AREA OCUPACIONAL SEGUN REQUERIMIENTOS

Luisa Ma. Duque
Medico Magister en Salud Ocupacional
R.M. 1144038194 L.S.O. 1841-2018

FIRMA DEL MEDICO
NOMBRE: LUISA MA DUQUE CRUZ
LIC. N° 1841

Lisseth Toro

COLABORADOR — FIRMA DE TRABAJADOR
DOC. IDENTIDAD — LISSETH KATHERINE TORO MOLINA
67040596

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dra. Luisa Duque
Medica Magister en salud y seguridad en el trabajo

FECHA DE REGISTRO	ENERO 26 DEL 2023
CIUDAD	SANTIAGO DE CALI

INGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

RAZON SOCIAL	FUNDACION FUNDACOBA

APELLIDOS	NOMBRE	DOCUMENTO ID.	GENERO	ESTADO CIVIL	EDAD
GARCIA CAICEDO	LIZETH	1143934123	FEMENINO	UNION LIBRE	32 AÑOS

CARGO	DOCENTE.

CONCEPTO MÉDICO

CONDICIONES DE SALUD QUE AMERITAN RECOMENDACIONES CON EL PERFIL O CARGO A DESEMPEÑAR

OBSERVACIONES ADICIONALES (Incluir motivo de aplazamiento)

NINGUNA

RESTRICCIONES

NINGUNA

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE TUVIERON EN CUENTA LOS SIGUIENTES EXAMENES

NINGUNO

REMISION A EPS		VALORACION POR OPTOMETRIA DE FORMA ANUAL EN EPS
	OTROS	NO
REMISION A ARL		NO

REUBICACIÓN	NO
RECOMENDACIONES	USO DE EPP CORRESPONDIENTES A LOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA,PARA EL CARGO EN MENCION. • HIGIENE POSTURAL • PAUSAS ACTIVAS • EJERCICIO HABITUAL DE VIDAS SALUDABLE • MANEJO DE ESTRES. • DIETA BALANCEADA. • ATENDER LAS RECOMENDACIONES Y LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ESPECIALMENTE LOS REFERIDOS EN EL DOCUMENTO "ORIENTACIONES DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE MITIGACIÓN PARA CONTENER LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR COVID-19, DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN EN GENERAL. • LAVADO FRECUENTE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN. • USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.USO DE FORMULA OPTICA SEGUN RECOMENDACIONES DE OPTOMETRIA .TEMPORALMENTE, HASTA EL CONCEPTO DEL PERSONAL DE SU SERVICIO DE SALUD (T. ORTOPEDIA-FISIATRIA): 1. EVITAR LABORES CON ALTA CARGA FISICA QUE GENEREN RIESGO ERGONÓMICO IMPORTANTE PARA LA REGIÓN AFECTADA. 2. EVITAR MOVIMIENTOS Y POSTURAS FORZADAS Y SOSTENIDAS POR FUERA DE LOS RANGOS DE SEGURIDAD Y CONFORT. 3. PERMITIR LA ALTERNANCIA DE BASE DE SUSTENTACION SEDENTE-BIPEDA SEGÚN SINTOMATOLOGIA (DOLOR-MOLESTIA). 4. CAMINAR POR TERRENOS ESTABLES, REGULARES, CON INCLINACIÓN SEGURA.

INGRESAR A SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL

VISUAL	NO				

OTRAS RECOMENDACIONES	CONTROL CON AREA OCUPACIONAL SEGUN REQUERIMIENTOS

Luisa Ma Duque
Medica Magister en Salud y Seguridad en el Trabajo
R.M. 1164018194 L.S.O. 1841-2018

FIRMA DEL MEDICO
NOMBRE: LUISA MA DUQUE CRUZ
LIC. N° 1841

COLABORADOR
DOC. IDENTIDAD

FIRMA DE TRABAJADOR
LIZETH GARCIA CAICEDO
1143934123

Powered by CamScanner

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-10-27

Nombres y apellidos: LUZ MERY VALVERDE BEDOYA
Fecha de nacimiento: 26/01/1997
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PSICOLOGA

CC: 1111811151
Edad: 26 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-10-27 / 07:02:57
Fecha salida: 2023-10-27 / 09:57:16



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+
- COPROLOGICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



EDNA MARGARITA MOSQUERA PALACIO
RM: 1144033738
Firma y sello del médico

LUZ MERY VALVERDE BEDOYA
CC: 1111811151
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-10-27

Nombres y apellidos: LUZ MERY VALVERDE BEDOYA
Fecha de nacimiento: 26/01/1997
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PSICOLOGA

CC: 1111811151
Edad: 26 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-10-27 / 07:06:46
Fecha salida: 2023-10-27 / 09:56:45



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS
- COPROLOGICO
- FROTIS FARINGEO
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD: APTO (A) PARA MANIPULAR ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD ALIMENTOS:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
RECOMENDACIONES: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Edna Margarita M.P.
Especialización Seguridad y Salud en el Trabajo
R. M. 1144033738
Resol.: 1.220-54

EDNA MARGARITA MOSQUERA PALACIO
RM: 1144033738
Firma y sello del médico

LUZ MERY VALVERDE BEDOYA
CC: 1111811151
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Carrera 64C No. 11-10 Barrio Independencia.
Tel 3166190013 - 3135933839 - 3166208122 - 2446045
llinas@saludservips.com / calidad@saludservips.com / www.saludservips.com

REPORTE DE LABORATORIO

SALUDSERV I.P.S

Fecha de Impresión : 30/10/2023 15:42:27

PACIENTE :	LUZ MERY VALVERDE BEDOYA	DIRECCION :	—
DOCUMENTO :	CC - 1111811151		
EDAD :	26 Años - 9 Meses - 1 Dias	SEXO : FEMENINO	TELEFONO :
F.NACIMIENTO :	26/01/1997	CONSECUTIVO :	5718
SECCION :	INMUNOLOGIA	FECHA ADMISION :	28/10/2023 07:42
ESTADO :	EXAMEN VALIDADO	FECHA VALIDACIÓN :	28/10/2023 11:26

Cod.	Nombre del Analito	Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3	Unidades	Referencia
VDRL (SEROLOGIA)					CONSEC. :	5718
01GRUPO GENERAL						
	RESULTADO VDRL CUALITATIVO	NO REACTIVO				NO REACTIVO

Dra. Leibis D. Diaz Tello
Bacterióloga
U.C.M Reg: No. 76 - 1521

LEIBIS DAYANA DIAZ TELLO
Registro : 31587696

Creado con Tiny Scanner

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

No CUENTA:388688

TIPO CERTIFICACION				
1. INGRESO [X]	2. PERIODICO [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACION [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 10/25/2023	EMPRESA: PARTICULARES SO	
NOMBRE: MARIA ANGELICA OROZCO DE LA ROSA	DOC. IDENTIDAD: CC 1082988293	
CARGO: PSICOLOGA	EDAD: 29 AÑOS	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE INGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[ ]	[X]
2. APTO PARA EL REQUERIMIENTO DEL CARGO DE LA EMPRESA O CONTRATISTA	[X]	[ ]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [ ]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [ ]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [ ] NO [X]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [ ] NO [X]

-FOMENTAR HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CON éNFASIS EN AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS DIARIAS Y USO DE EPP PROPIOS A CARGO

-SE RECOMIENDA MANTENER TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD GENERALES Y ESPECíFICAS SEGúN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONóMICO, EN ATENCIòN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA ACTUAL POR SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID-19



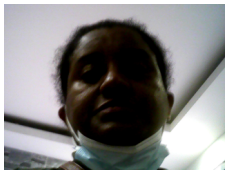
JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA
CC 1082906610
MEDICINA LABORAL
TP. 1082906610
RS. 1082906610

MARIA ANGELICA OROZCO DE LA ROSA
CC 1082988293
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
INGRESO.
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS



Fecha: 25/Oct/2023, **Hora:** 08:00:26 a.m.
Apellido: ANGULO MONTAÑO
Tipo Doc: CC
Empresa: PARTICULAR - CEMESST
Cargo: INDEPENDIENTE
Direccion: CR 42 28A-150
Telefono: 3182783442 **Celular:** 3182783448 **Email:** MARYURIANGULOM@GMAIL.COM **Estado Civil:** CASADO
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 80 Kg **Estatura:** 156 Cm **IMC:** 32.8 **Escolaridad:** TECNOLOGO **Jornada Laboral:** TIEMPO COMPLETO
EPS: POLICIA NACIONAL **ARL:** NO RESPONDE **AFP:** Sin Definir

Nombre: MARYURI
Nro Identidad: 67037769

HC: # 156352
Edad: 38 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 10/May/1985
Rh: O+

AYUDA DIAGNOSTICA

Examenes Realizados			
Coprologico	Examen Directo Para Hongos (koh En Uñas)	Garganta Frotis Microscopico	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
* S.V.E NUTRICIONAL	* Énfasis en Actividad Física regular

Medicas	Laborales
* Valoración por Nutricionista EPS	

Concepto para Trabajos en Altura

Concepto

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS.

Observaciones

1. CONTROL POR NUTRICIÓN EN SU EPS, DEBE DE BAJAR DE PESO

Cumpliendo con la normatividad vigente del artículo 10 de la resolución 2346 del 2007 y la resolución 0312 del 2019 . En atención al Examen Médico Ocupacional que le fue realizado por IPS CEMESST S.A.S . Como proveedor de evaluaciones ocupacionales (CEMESST S.A.S) en el marco del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en el presente documento le hacemos entrega de las Recomendaciones médicas emitidas por el Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, las cuales, agradecemos acoger y gestionar en su Entidad de Salud, según corresponda.

Dra. Olga L. Moreno R.
Médico Esp. en Salud Ocupacional
RM 760746 Unilibre
Lic. 725-04/22 S.S.M.P Cali

OLGA LUCIA MORENO RESTREPO
MEDICO ESPECIALISTA SST
Lic. de S.O #: 1.220-54 No. 725 DE ABRIL 08 2022
Registro #: 1.220-54 No. 725 DE ABRIL 08 2022

MARYURI ANGULO MONTAÑO
CC 67037769

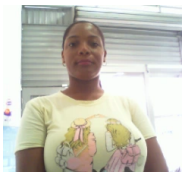
Huella Digital

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-10-27

Nombres y apellidos: MAYRA ALEXANDRA CARDONA GRUESO
Fecha de nacimiento: 11/09/1986
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PROFESIONAL SOCIAL

CC: 1111744827
Edad: 37 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-10-27 / 08:44:45
Fecha salida: 2023-10-27 / 10:09:51



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+
- COPROLOGICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



EDNA MARGARITA MOSQUERA PALACIO
RM: 1144033738
Firma y sello del médico

Mayra Cardona

MAYRA ALEXANDRA CARDONA GRUESO
CC: 1111744827
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

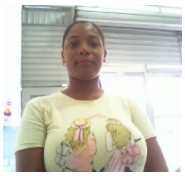
Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-10-27

Nombres y apellidos: MAYRA ALEXANDRA CARDONA GRUESO
Fecha de nacimiento: 11/09/1986
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PROFESIONAL SOCIAL

CC: 1111744827
Edad: 37 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-10-27 / 08:45:19
Fecha salida: 2023-10-27 / 10:08:59



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS
- COPROLOGICO
- FROTIS FARINGEO
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD: APTO (A) PARA MANIPULAR ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD ALIMENTOS:

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
RECOMENDACIONES: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Edna Margarita M.P.
Especialización Seguridad y Salud en el Trabajo
R. M. 1144033738
Resol: 1.220-54

EDNA MARGARITA MOSQUERA PALACIO
RM: 1144033738
Firma y sello del médico

Mayra Cardona

MAYRA ALEXANDRA CARDONA GRUESO
CC: 1111744827
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

CONCEPTO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

Fecha (dd/mm/aaaa): 31/10/2023 12:38:39

EMPRESA USUARIA:

EMPRESA CONTRATANTE: PARTICULAR

EXAMEN MEDICO: INGRESO

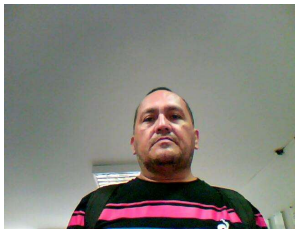
IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NIÑO	ROMERO	FAVIO ENRIQUE	CC	91272180
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	T.D.	No. IDENTIFICACION.

54 EDAD | M SEXO | 3028435733 CELULAR

PROFESION

GESTOR DE DESARROLLO — CARGO



FECHA DE INGRESO: 0 (DIA) 0 (MES) 0 (AÑO)

TIEMPO EN EL CARGO ACTUAL: 0 (AÑOS) 0 (MESES) 0 (DIAS)

SE CONCEPTUA

- [X] SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
- [ ] CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO
- [ ] APLAZADO

EXAMEN PERIODICO [ ] RETIRO [ ]

- [ ] SATISFACTORIO
- [ ] CON ALTERACION DE ORIGEN COMUN
- [ ] CON ALTERACIONES QUE PUEDAN SER DEBIDAS AL CARGO DESEMPEÑADO

Niega sintomatología y/o historia de contacto relacionadas con COVID-19 en los últimos 14 días

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCION OPTICA, ACTUALIZAR FORMULA ANUALMENTE
DIETA HIPOCALORICA INDICADA POR NUTICIONISTA, DISMINUIR DE PESO (LIMITE 75 KG)
CONTROL MEDICO PERIODICO PREVENTIVO A TRAVES DE SU EPS

EXAMENES REALIZADOS: EVALUACION OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ,KOH,FROTIS NF,COPROLOGICO

PROGRAMA DE VIGILANCIA: ERGONOMICO [X] VISUAL [X] AUDITIVO [X] CARDIOVASCULAR [X] DERMATOLOGICO [ ] OTROS [ ]

REMISION: EPS ARL:

RESTRICCIONES

LIC. S.O:1583-09-08-19 R.M. 13.261

Jose Hernando Valdivieso B.

91272 1-20 BVo

FIRMA DEL TRABAJADOR

GRUPO EMPRESARIAL
PRO -AMBIENTAL S.A.S
AUTORIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPA
RES. 4145.0.21.0261 DEL 5 DE ABRIL DE 2011
ART. 12 RESOLUCION 2674 DEL 2013
NIT. 900.392.825-5

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INFORMACION GENERAL

FECHA Y LUGAR:	01112023 CALI	TIPO DE EXAMEN:	INGRESO
PACIENTE:	PAOLA ANDREA PINTO ALVAREZ	IDENTIFICACIÓN:	1.122.816.891
GÉNERO:	MASCULINO EDAD 29	TEL MOVIL	3235798654
ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE	EPS	SANITAS
ESCOLARIDAD:	PROFESIONAL		
EMPRESA:			
ACTIVIDAD ECONOMICA:	TRABAJO SOCIAL		

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONAL

1. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS MINIMO MINUTOSEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA.
2. SUMINISTRAR PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN A DESEMPEÑAR.
3. REALIZAR INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN A CARGO
   EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS SEGÚN PROFESIOGRAMA DE EMPRESA.
   CAPACITAR EN HIGIENE DE POSTURA.
   CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO PROPIO A REALIZAR

RECOMENDACIONES GENERALES

1. HABITOS SALUDABLES (HORAS DE SUEÑO ADECUADAS.
2. REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FISICA (DEPORTE) CON
3. FRECUENCIA MINIMA TRES VECES POR SEMANA MINIMO 40 MINUTOS POR SECCION.
4. CONSUMO DE DIETA BALANCEADA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

5. SE RECOMINEDA VALORACION POR NUTRICIONISTA EPS.

APTO CON RECOMENDACIÓN

OBSERVACIONES

TIPO DE RESTRINCCION **CONDICIONES, FACTORES, AGENTES ASOCIADOS PERMANENTES**

NO

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDIOMOLOGICA O PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

NO

INFORMACION DE PREVENCION

NUTRICION EPS

En la fecha, yo mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en buen uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ningún índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes cli-nicos y paracli-nicos que me van hacer practicados y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes cli-nicos y paracli-nicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar las muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmado de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento en lo dispuesto en la ley estatutaria 1581 del 17 de octubre del 2012.Autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas firmo para constancia.

DIANA CAROLINA HERNANDEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Registro Min Salud: 24649/97
Licencia Salud Ocupacional: 0307/1106 SSPM CALI

PAOLA ANDREA PINTO ALVAREZ
C.C. 1.122.816.891
FIRMA Y CEDULA DEL PACIENTE

Impreso 01/11/23 Impreso por software PROAMBIENTAL S.A.S

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA DE REGISTRO	OCTUBRE 27 DEL 2023
CIUDAD	SANTIAGO DE CALI

INGRESO

ENFASIS : NA

RAZON SOCIAL	INDEPENDIENTE

APELLIDOS	NOMBRE	DOCUMENTO ID.	GENERO	ESTADO CIVIL	EDAD
ALZATE GONZALEZ	SANDRA MILENA	29686817	FEMENINO	SEPARADA	43 AÑOS

CARGO	**PSICOLOGA**

CONCEPTO MÉDICO

CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON EL PERFIL O CARGO A DESEMPEÑAR

OBSERVACIONES ADICIONALES (Incluir motivo de aplazamiento)

NINGUNA

RESTRICCIONES

NINGUNA

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE TUVIERON EN CUENTA LOS SIGUIENTES EXAMENES

NINGUNO

REMISION A EPS		USO DE FORMULA OPTICA SEGÚN INDICACIONES DE OPTOMETRIA
OTROS		NO
REMISION A ARL		NO
REUBICACIÓN		NO
RECOMENDACIONES		USO DE EPP CORRESPONDIENTES A LOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA,PARA EL CARGO EN MENCION: • HIGIENE POSTURAL • PAUSAS ACTIVAS • EJERCICIO HABITUAL DE VIDAS SALUDABLE • MANEJO DE ESTRES. • DIETA BALANCEADA.. • LAVADO FRECUENTE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN. • USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USO DE FORMULA OPTICA .

INGRESAR A SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL

OTRAS RECOMENDACIONES	

Luisa Ma. Duque
Medico Magister en Salud Ocupacional
R.M. 1144038194 L.S.O. 1841-2018

FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE: LUISA MA DUQUE CRUZ

LIC. N° 1841/2018

FIRMA DE TRABAJADOR

COLABORADOR SANDRA MILENA ALZATE GONZALEZ

DOC. IDENTIDAD 29686817

Unidad de Salud Ocupacional	**VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**	Cód.: FT-MO-VM-01 Versión : 4 Fecha: 13/11/2015 Página 1 de 1

CERTIFICADO ISO 9001 Certificado N° SC 6827-1

CERTIFICADO MEDICO LABORAL



Fecha: 27/10/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO

Nombre: SEBASTIAN SALAZAR RENDON

Empresa: PARTICULAR

En Misión: Ninguno

Ciudad del Exámen: CALI TEQUENDAMA

Cédula: 1144088950 Cargo: PSICOLOGO 493842

Para dar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclinicos:

,SEROLOGIA,COPROLOGICO,KOH UÑAS,FROTIS FARINGEO

CONCEPTO MEDICO LABORAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

REMISIÓN

NINGUNA

Observación NINGUNA

RESTRICCIÓN

NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Uso de E.P.P según panorama de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado,Higiene postural,Reportar accidentes de trab ajo oportunamente,Prevención de accidentalidad,Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo,Hábitos de vida salud ables,Ejercicio Regular

TRABAJO ESPECIALES

Trabajo en Alturas:	NO APLICA	Manipulacion de alimentos	APTO
Trabajo en altitudes > 2500 mts:	NO APLICA	Trabajo en ambientes hiperbáricos:	NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:	NO APLICA	Trabajo como brigadista:	NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión:	NO APLICA	Conducción de vehiculos:	NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes:	NO APLICA	Manipulación sustancias químicas:	NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas:	NO APLICA		
Trabajo en bajas temperaturas:	NO APLICA		

PVE VISUAL		PVE AUDITIVO		PVE RESPIRATORIO	
PVE ERGONOMICO	X	PVE CARDIOVASCULAR		PVE PSICOSOCIAL	
PVE QUIMMICO		PVE Radiaciones Ionizantes		PVE BIOLOGICO	

Observaciones Generales

NINGUNA

Sebastian Salazar R

SEBASTIAN SALAZAR RENDON
c.c: 1144088950

Martha L. Oliva D.
MEDICO SALUD OCUPACIONAL
LSO 2506/2016 - R.M. 1065-95

Martha Lucia Oliva Delgado
Registro: 1066/96
Lic: 2506-12/2016

Fecha: 27/10/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO Número: 1144088950

1. INFORMACION GENERAL

Apellidos: SALAZAR RENDON Nombres: SEBASTIAN Edad: 27



Cedula: 1144088950 Tipo Doc: CEDULA Cd Exám: CALI Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO Estrato : 3 Dpto. Nacimiento: Valle del Cauca

Fecha Nacido: 8/06/1996 Cd Nacimiento: Cali Escolaridad: PROFESIONAL

Teléfono: 3008620120 Cd residencia: Cali email: SSRENDON96@GMAIL.COM

Direc reside: CALLE 50 # 26 L 21 Nacionalidad: Colombia

Acompañante: No refiere Tel. Acompa: No aplica

Responsable: N/A Tel. Responsable: 0 Parentesco Responsable: N/A

E.P.S: SALUD TOTAL S.A. A.R.L: ARL SURA A.F.P: Administradora Colombiana de Pensiones

Empleador: PARTICULAR Act. Económ: NA

En Misión: Ninguno Act. Económ: NA

Fecha Ingreso: 27/10/2023 Cargo: PSICOLOGO Sección: PSICOLOGIA

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES (Inicia desde el actual)

Empleador: INDEPENDIENTE Empresa en mision:

Cargos Desempeñados: PSICOLOGO

Tiempo de Exposición: Años: 2 Meses: 0 Actividad Económica: INDEPENDIENTE

Descripcion Funciones: PSICOLOGO Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuestos

Físicos						Químicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp.Alta	Temp.Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Liquidos	Vapores	Fibras
☑ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp

Ergonómicos

Carga Dinámica	Carga Estática	Diseño de Puesto	Manejo de Cargas	Movimientos Repetitivos
☐ ☐epp	☐ ☐epp	☑ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp

Otros:

Trabajo en alturas	Mecánico	Eléctrico	Locativo	Biológico	seguridad	Psicosocial
☐ ☐epp	☑ ☐epp	☐ ☐epp	☑ ☐epp	☑ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp

Empleador: Empresa en mision:

Cargos Desempeñados:

Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 0 Actividad Económica:

Descripcion Funciones: Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuestos

Fisicos						Quimicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp.Alta	Temp.Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Liquidos	Vapores	Fibras
☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp

Ergonómicos

Carga Dinámica	Carga Estática	Diseño de Puesto	Manejo de Cargas	Movimientos Repetitivos
☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp

Otros:

Trabajo en alturas	Mecánico	Eléctrico	Locativo	Biológico	seguridad	Psicosocial
☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp

Empleador: Empresa en mision:

Cargos Desempeñados:

Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 0 Actividad Económica:

Descripcion Funciones: Mediciones Ambientales: No Aplica

Riesgos a los que Estuvo Expuestos

Fisicos						Quimicos					
Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp.Alta	Temp.Baja	Vibración	Gases	Humos	Polvos	Liquidos	Vapores	Fibras
☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp

Ergonómicos

Carga Dinámica	Carga Estática	Diseño de Puesto	Manejo de Cargas	Movimientos Repetitivos
☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp

Otros:

Trabajo en alturas	Mecánico	Eléctrico	Locativo	Biológico	seguridad	Psicosocial
☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp	☐ ☐epp

Fecha: 27/10/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO Número: 1144088950

2. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Observaciones:

3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES - ACCIDENTES DE TRABAJO

Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
	ARL:			
Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
	ARL:			
Fecha:	Empresa	Tipo Lesión Organo	Secuelas	Inc Laborales
				Incap: Dias:
	ARL:			

Observaciones: NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES, NIEGA ENFERMEDADES PROFESIONALES.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Causa	Parentesco	Causa	Parentesco	Causa	Parentesco
1. Pulmonares:	No Refiere	4. Hipertensión:	Mamà	7. Convulsiones:	No Refiere
2. Dislipidemias:	No Refiere	5. Cardiacos:	No Refiere	8. Tiroides:	Abuela maternar,Abuelo paterno
3. Diabetes:	Mamà	6. Cerebrovasculares:	No Refiere	9. Cancer:	

Observaciones: NO

5. ANTECEDENTES PERSONALES

Causa		Causa		Causa	
1. Infeccioso:	☐	7. Digestivo:	☐	13. Osteomuscular:	☐
2. Cefalea:	☐	8. Genitourinario:	☐	14. Piel Anexos:	☐
3. Visual:	☐	9. Endocrinólogo:	☐	15. Traumático:	☐
4. Oidos, Nariz, Gargante:	☑	10. Hematológico:	☐	16. Quirúrgico:	☑
5. Pulmones:	☐	11. Alérgico:	☐	17. Farmacológico:	☐
6. Cardiovascular:	☐	12. Neurológico	☐	18. Otro:	☑
19. Metabólicos:	☐				

Observaciones: NIEGA ANTECEDENTE DE INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR A REPETICIÓN, INFECCIONES CRÓNICAS O A R
IÓN DE LA PIEL Y UÑAS, NIEGA ANTECEDENTES DE LESIONES POR VIRUS DEL PAPILOMA, REFIERE 4 RINITIS CON EL POLVO Y C
AMBIOS DE CLIMA 16APENDICECTOMIA 2012 16 HEMORROIDECTOMIA 2022 ULTIMO CONTROL CON PROCTOLOGIA 2022 18 DE
PRESION EN TRATAMIENTO CON SIQUIATRIA + SICOLOGIA CADA 3 MESES TTO QUETIAPINA SERTRALINA Y ACIDO VALPROICO R
EFIERE ASINTOMATICO AL MOMENTO .

6. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS

PIEL Y FANERAS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OTORRINOLARINGOLÓGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OFTALMOLOGICOS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
RESPIRATORIOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
CARDIOVASCULARES. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
GENITOURINARIO. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OSTEOMUSCULARES. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
NEUROLOGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
ENDOCRINOLOGICO. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
PSIGUIATRICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OTROS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA

7. HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Cigarrillo: NO	No. Cigarrillos al dia: NO		Años: 0	Meses: 0	Tiempo Abandono:	Años: 0	Meses: 0
Licor: NO	Frecuencia:	N/A	Años: 0	Meses: 0	Tiempo Abandono:	Años: 0	Meses: 0
Actividad Fisica - Deporte: CICLISMO					Frecuencia: 2 X SEMANA		
Actividad Extralaborales: NO					Frecuencia: NO		

8. ESQUEMA DE VACUNACION

	Tetano:	Hepatitis B:	F. Amarilla	Influenza Estacional	Influenza H1N1	MMR	Varicela	Hepatitis A	Otras
No. Dosis									
F.U.D									

Fecha: 27/10/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO Número: 1144088950

9. COMPOSICION FAMILIAR

Familiar:	PAPA	Cantidad:	1
Familiar:	HERMANO	Cantidad:	1
Familiar:	ABUELA	Cantidad:	1
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0
Familiar:	NO REFIERE	Cantidad:	0

10. EXAMEN FISICO

Peso (Kg): 93 Talla (m): 1,78 I.M.C:29,35 Pulso: NORMAL Lateralidad: DIESTRO

T.A. Sentado (mmHg) :118/73 Perimetro Abdominal (Cm):100 Pulso (LPM): 72

Aspecto General: APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, ENTRA POR SUS MEDIOS, ORIENTADA EN LUGAR, TIEMPO Y PERSONA

11. SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Columna Cervical:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Dorsal:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Columna Lumbosacra:	Simetria:	NORMAL	Funcionalidad:	NORMAL
Miembros Superiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Miembros Inferiores:	Funcionalidad:	NORMAL		
Manos:	Funcionalidad:	NORMAL		

Prueba Tinnel:	NORMAL
Prueba Phanen: (flexión completa de ambas muñecas * 1min)	NORMAL
Prueba Finkelstein: (desviación cubital de muñeca con flexión de pulgar)	NORMAL

Observación: NINGUNA

12. ORGANOS Y SISTEMAS

Ojos:	Conjuntivas:	NORMAL	Pupilas Cornea:	NORMAL	Anexos:	NORMAL	Fond de Ojo:	NO SE EVALUA
Boca:	Labios Lengua:	NORMAL	Faring Amigdalas:	NORMAL				
Oidos Nariz:	Pabellones:	NORMAL	Tabique:	NORMAL	Cornetes:	NORMAL		
Torax:	Senos:	NO SE EVALUA	Pulmones:	NORMAL	Corazón:	NORMAL		
Abdomen:	Pared:	NORMAL	Více. (magalias):	NORMAL	Hernias:	NORMAL		
Cuello:	Cuello:	NORMAL						
Piel:	Piel:	NORMAL						
Genitales:	Genitales:	NO SE EVALUA						
Vascular:	Periférico:	NORMAL	Linfáticos:	NORMAL	Varice:	NORMAL		
Sist. Nervioso:	Reflejos:	NORMAL	Marcha:	NORMAL	Coordinación	NORMAL		
	Prueba de equilibrio dinámico y estático:	NORMAL						

Observaciónes: PIEL Y UÑAS SIN ALTERACIONES MACROSCÓPICAS EVIDENTES

Agudeza Visual Cercana:	Ojo Derecho:	0.5 M	Ojo Izquierdo:	0.5 M	☐ Con Corrección	☑ Sin Corrección
Agudeza Visual Lejana:	Ojo Derecho:	20/20	Ojo Izquierdo:	20/20	☐ Con Corrección	☑ Sin Corrección

Otoscopia	Normal:	OD:	SI	OI:	SI	Timpanopatia:	OD: NO	OI: NO
	Tapón:	OD:	NO	OI:	NO			

Dentadura:	Buen Estado:	SI	Completa:	NO	Prótesis: NO

Observaciónes: NO

Fecha: 27/10/2023 Tipo de Examen: PREINGRESO Número: 1144088950

13. EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

Laboratorio

Examen: COPROLOGICO.
Resultados: Color: CAFE
Consistencia: BLANDA
Flora bacteriana: NORMAL
No se observan: PARASITOS INTESTINALES .
Examen: FROTIS FARINGEO.
Resultados: Leucocitos PMN x cm: 1 - 2 XC
Celulas Epiteliales: ESCASA
Cocos Gram (+).....:: ESCASOS .
Examen: KOH UÑAS.
Resultados: Directo: NEGATIVO, NO SE OBSERVAN FORMAS MICOTICAS .
Examen: SEROLOGIA.
Resultados: VDRL [Serologia]: NO REACTIVA .

14. DIAGNOSTICO

Impresión Diagnostic

E68 SECUELAS DE HIPERALIMENTACION: Metabolicas

15. CONCEPTO MEDICO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

TRABAJO DE ALTO RIESGO:

Trabajo en Alturas:	NO APLICA	Trabajo en altitudes > 2500 mts:	NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:	NO APLICA	Trabajo en ambientes hiperbáricos:	NO APLICA
Trabajo como brigadista:	NO APLICA	Manipulacion de alimentos	APTO
Trabajo con energía de alta tensión:	NO APLICA	Conducción de vehiculos:	NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes:	NO APLICA	Manipulación sustancias químicas:::	NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas:	NO APLICA		
Trabajo en bajas temperaturas:	NO APLICA		

REMISIONES:

NINGUNA

Observación
NINGUNA

RESTRICCIONES:

NO NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Uso de E.P.P según panorama de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado,Higiene postural,Reportar accidentes de trabajo oportunamente,Prevención de accidentalidad,Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo,Hábitos de vida saludables,Ejercicio Regular

PVE VISUAL		PVE AUDITIVO		PVE RESPIRATORIO	
PVE ERGONOMICO	X	PVE CARDIOVASCULAR		PVE PSICOSOCIAL	
PVE QUIMMICO		PVE Radiaciones Ionizantes		PVE BIOLOGICO	

OBSERVACIONES GENERALES

NINGUNA

Sebastian Salazar R

SEBASTIAN SALAZAR RENDON
c.c: 1144088950

Martha L. Oliva D.
MEDICO SALUD OCUPACIONAL
LSO 2506/2016 - RM. 1066-96

Martha Lucia Oliva Delgado
Registro: 1066/96
Lic: 2506-12/2016

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 13 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443991
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA BUENAVENTURA	**DIRECCIÓN**	Av.Simon Bolivar Calle 6 No 34 - 15 Barrio San Luis
TELÉFONO	2404 734 - 2402 065	**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-04-11	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	SHIRLEY VASQUEZ IBARGUEN			Identificación CC	Nro 38470960
Fecha de Nacimiento	1982-03-07	**Edad**	41	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	PSICOLOGA CLINICA				
Fecha Ingreso	2023-04-11 10:12:16	**Fecha Salida**	2023-04-12 12:41:49		

EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	COLESTEROL TOTAL
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:	SI Observaciones: ACUDIR AL MEDICO GENERAL DE LA EPS POR CONTROL DE PESO
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: ALIMENTACION BALANCEADA
OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Edna Margarita M.P.
Especialización Seguridad y Salud en el trabajo
R. M. 1144033736
Resol: 1.220.14

EDNA MARGARITA MOSQUERA PALACIO
RM: 1144033736
Firma y sello del médico

SHIRLEY VASQUEZ IBARGUEN
CC 38470960
Firma del trabajador

Powered by CamScanner

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de Impresión: 2023/04/12
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA BUENAVENTURA	**DIRECCIÓN**	Av.Simon Bolivar Calle 6 No 34 - 16 Barrio San Luis
TELÉFONO	2404 734 - 2402 065	**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-04-11	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	SHIRLEY VASQUEZ IBARGUEN			Identificación CC	Nro 38470980
Fecha de Nacimiento	1982-03-07	**Edad**	41	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	PSICOLOGA CLINICA				
Fecha Ingreso	2023-04-12 12:36:59	**Fecha Salida**	2023-04-12 12:37:09		

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/30
SIN CORRECCION OI	20/25
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
ESTENOPEICO	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	NORMAL
[illegible]	NORMAL

Powered by CamScanner

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de Impresión: 2023/04/12
www.cendiatra.com

COVER TEST

LEJOS	ORTHO
CERCA	ORTHO
HIRSCHBERG	NORMAL
P.P.C	3 CMS
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO	
ESTATICA	20/20
OJO IZQUIERDO	
ESTATICA	20/20

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	
OD	N-0.75X90
OI	N-0.25X90

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H522: Astigmatismo
OBSERVACIONES	PACIENTE CON ASTIGMATISMO

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	SI
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	NO

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO
ADJUNTA FORMATO	/php/web/uploads/PIPlantillas/6231178//SHIRLEY VASQUEZ.pdf

FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

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

Consentimiento Informado del Trabajador:

Samsung Triple Camera

Powered by CamScanner

EXAMEN OPTOMETRICO

DATOS DEL PACIENTE. Bogotá D.C.

Nombres:	
Tipo de Documento: CC Documento	
Sexo: F. Nacimiento:	Edad:
Entidad:	Cargo:

ANTECEDENTES PERSONALES

Diabetes		Hipertensión arterial	
Cirugia Ocular		Alergias	
Glaucoma		Otros:	

MOTIVO CONSULTA

Visión borrosa		Fotofobia	
Ardor		Secreciones	
Lagrimeo		Dolor Ocular	
Enrojecimiento		Visión doble	
Prurito		Inversión de números o letras	
Cefalea		Mareo	
Astenopia		Vértigo	
Salto de rengión		Miodesopsias	
Otros			

AGUDEZA VISUAL

	VISION LEJOS			VISION CERCA			ESTENOPEICO
	S.C	C.C		S.C	C.C		S.C
O.D			O.D			O.D	
O.I			O.I			O.I	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

O.D.		
O.I.		
COVER TEST		
Lejos: ORTO	Cerca: X	Hirschberg:
CENTRADO		
P.P.C: 4 CMS	6 cms	Motilidad Ocular:
NORMAL		
QUERATOMETRIA		
O.D		

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

O.I.
OFTALMOSCOPIA
O.D. FON /
O.I. FON /

Refracción	Estática		Dinámica		Cicloplejia	
O.D. N-0.50 (-0.50 x 90°)	20/20		ADD		AV	
O.I. N-0.50 (-0.50 x 90°)	20/20		ADD		AV	

Observaciones:

Test adicionales				
Visión cromática	Normal /	Alterada		
Estereopsis	Normal A.O.		Test	TITMUS
Rx. En uso	OD N-0.50 (-0.50 x 90°)		OI N-0.50 (-0.50 x 90°)	

IMPRESIONES DIAGNOSTICAS.

Diagnóstico	CIE-10	P. Origen
1.- Astigmatismo A.O	/	
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		

C: Origen Común, EP: Sospecha Enfermedad Profesional.

Observaciones:

Requiere Fórmula	/	No Requiere Fórmula		Valoración Oftalmológica	
Control Anual	/	Valoración Optométrica		Otra:	

ANALISIS Y CONCEPTO:

Bogotá D.C,

Dr. Luis E. Angulo Valencia Luis E. Angulo Valencia

OPTOMETRIA
T.P. 3371-CTNPO
REG. #5248

OPTOMETRIA
T.P. 3371-CTNPO
REG. #5248

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-04-12

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	SHIRLEY VASQUEZ IBARGUEN		
Identificación	CC	**No. Documento**	38470980
Fecha de Nacimiento	1982-03-07	**Edad**	41 años 1 meses 5 dias
Sexo	F	**Empresa**	CLIENTE OCASIONAL
Fecha toma	2023-04-11 09:40:00	**Sede**	CENDIATRA BUENAVENTURA

COLESTEROL TOTAL

TITULO RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	236	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	73	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	42	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	179.4	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Dra. Lizeth Torres Pabón
BACTERIOLOGA
LABORATORISTA CLÍNICO
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

LIZETH VIRGINIA TORRES PABON
1062401975
Firma y sello del médico evaluador

Samsung Triple Camera

Powered by CamScanner

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención: 2023-04-11 Fecha Impresión: 2023-04-12

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	SHIRLEY VASQUEZ IBARGUEN		
Identificación	CC	Nro	38470980
Fecha de Nacimiento	1982-03-07	Edad	41
Genero	F	RH	O +
Estado civil	Casado	Escolaridad	Universitario
Estrato	2	Ciudad	Buenaventura
Direccion	JORGE	Telefono	3176827101
Acompañante		Tel_Acompañante	
Empresa	CLIENTE OCASIONAL	Cargo	PSICOLOGA CLINICA
Ciudad - Sede	Buenaventura	Sede	CENDIATRA BUENAVENTURA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

DIVISION	
OCUPACION	PSICOLOGA CLINICA
LUGAR DE RESIDENCIA	JORGE
NOMBRE DEL RESPONSABLE	
TELEFONO DE RESPONSABLE	3176827101
PARENTESCO	
TIPO VINCULACION	OTRO

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	
CARGO	

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

COSTURA	NO
USO DE VIDEOJUEGOS	NO
USO DE INSTRUMENTOS	NO
PRACTICAR DEPORTE	NO
ACTIVIDADES HOGAR	SI
ACTIVIDADES MANUALES	NO

ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR

ESPECIFICOS

ARTRITIS REUMATOIDEA	NO
OSTEOARTRITIS	NO
AMPUTACIONES	NO
ENF MUSCULARES	NO
ARTRALGIAS ARTRITIS	NO
LIMITACION FUNCIONAL	NO
SD TUNEL CARPO	NO
ENF DE LA COLUMNA	NO
CERVICALGIA	NO
LUMBALGIA	NO
MIALGIAS	NO
TENDINITIS	NO
RADICULOPATIAS	NO
TENDINITIS BURSITIS	NO
ESGUINCES	NO
FRACTURAS	NO
DORSALGIA	NO
PARESTESIAS DISESTESIAS	NO
DESCRIPCION	

EXAMEN FISICO

COLUMNA INSPECCION

POSTURA	NORMAL
ALINEACION	NORMAL
SIMETRIA	NORMAL
ESCOLIOSIS	NORMAL

COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES

OBSERVACIONES

EXTREMIDADES

HOMBRO NORMAL



Powered by CamScanner

Cendiatra

HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención: 2023-04-11 Fecha Impresión: 2023-04-13

BRAZO	NORMAL
CODO	NORMAL
ANTEBRAZO	NORMAL
MANO	NORMAL
DEDOS	NORMAL
CADERAS	NORMAL
RODILLAS	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL
CUELLO DE PIE	NORMAL
PIE	NORMAL
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	NORMAL
FUERZA	NORMAL
OBSERVACIONES	

PRUEBAS ESPECIFICAS

PRUEBA DERECHA

DOMINANCIA	DERECHA
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	
LASEGUE	
HAWKINS	
JOBS	
MILLS	
COZEN	

PRUEBA IZQUIERDA

PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	
LASEGUE	
HAWKINS	
JOBS	
MILLS	
COZEN	

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

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

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

Dra. Edna Margarita M.P.
Especialización Seguridad y Salud en el Trabajo
R. M. 1144033738
Resol: 1.220.54

EDNA MARGARITA MOSQUERA PALACIO
RM: 1144033738
Firma y sello del médico evaluador

SHIRLEY VASQUEZ IBARGUEN
Documento: CC 38470980
Firma del trabajador

Samsung Triple Camera

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA BUENAVENTURA	**DIRECCIÓN**	Av.Simon Bolivar Calle 6 No 34 - 16 Barrio San Luis
TELÉFONO	2404 734 - 2402 065	**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-08-23	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	SOLANLLY ELIZABETH BANEGA RIASCOS			Identificación CC	Nro 1111757019
Fecha de Nacimiento	1987-11-05	**Edad**	35	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	TRABAJADORA SOCIAL				
Fecha Ingreso	2023-08-23 10:30:07	**Fecha Salida**	2023-08-23 10:30:20		

EXAMENES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:	SI Observaciones: ACUDIR AL MEDICO GENERAL DE LA EPS POR CONTROL DE PESO
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: ALIMENTACION BALANCEADA
OTRAS:	NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

CARDIOVASCULAR	SI Observaciones: CONTROL DE PESO
OTROS	NO PRESENTA

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009 y Resolución 217 de 2014.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Edna Margarita M.P.
Especialización Seguridad y Salud en el Trabajo
R. M. 1144033738
Resol: 1.220-54

EDNA MARGARITA MOSQUERA PALACIO
RM: 1144033738
Firma y sello del médico

SOLANLLY ELIZABETH BANEGA RIASCOS
CC 1111757019
Firma del trabajador

Powered by CamScanner

	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	**DUQUE LUISA MARIA**
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 12/01/2023
		PAGINA: 1 DE 1

RAZÓN SOCIAL	STEPHANIA GALINDEZ GONZALEZ	FECHA	ENERO 10 DE 2023
PACIENTE	STEPHANIA GALINDEZ GONZALEZ	IDENTIFICACIÓN	1144158737
CARGO A DESEMPEÑAR	PSICOLOGA	GENERO	FEMENINO
EDAD	31 AÑOS	ESTADO CIVIL	SOLTERA

PELIGROS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS

Biológico		Físico		Biomecánico		Químico		C. Seguridad	
Virus		Ruido		Postura	X	Polvos		Mecánico	
Bacterias		Iluminación		Esfuerzo		Fibras		Eléctrico	
Hongos		Vibración		Mov. Repetitivo		Líquidos		Locativo	
Parásitos		Temperatura		Man. Cargas		Gases		Tecnológico	
Picaduras		Presión				Vapores		Ac. Transito	
Mordeduras		R. ionizantes				Humos		Públicos	
Fluidos		R. no ionizantes				Mat Particulado		Tr. Alturas	
Excrementos									

Psicosociales		F. Naturales	
Gestión Organizacional		Sismo	
Organización Trabajo		Terremoto	
Grupo Social Trabajo		Vendaval	
Condición Tarea		Inundación	
Interface Personal/Tarea		Derrumbe	
Jornada de Trabajo		Precipitaciones	

CONCEPTO

Hago constar que en la fecha, se examinó al trabajador y/o aspirante suscrito, dentro del examen solicitado con el siguiente cuadro de valoración

APTO	X	CONDICIONES DE SALUD ACORDE PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.
APTO CON PATOLOGÍAS QUE NO RESTRINGE LABORES DE SU CARGO		
APTO CON PATOLOGÍAS QUE RESTRINGE LABORES DE SU CARGO		
RESULTADOS	SEROLOGIA: NO REACTIVA. KOH: NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS FUNGICAS. COPROLOGICO PARASITOS: NEGATIVO. FROTIS FARINGEO: NEGATIVO PARA BACILOS DIFTERICOS EN MUESTRA. PARACLINICOS DENTRO DE LA NORMALIDAD.	

CONDUCTA

RESTRICCIONES	RECOMENDACIONES
	-IMPLEMENTACIÓN DE EPP CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIDO POR LA EMPRESA -HIGIENE POSTURAL -PAUSAS ACTIVAS -ATENDER RECOMENDACIONES Y LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EN ESPECIAL LOS REFERIDOS EN EL DOCUMENTO “ORIENTACIONES DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE MITIGACIÓN PARA CONTENER LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR COVID-19” DIRIGIDA A LA POBLACIÓN GENERAL. -LAVADO FRECUENTE DE MANOS CON AGUA Y JABON -USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL -ASISTIR A CONTROLES PERIODICOS EN EPS.

NOTA: Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador y se tuvo en cuenta los resultados exámenes paraclínicos o pruebas complementarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al doctor (A) a bajo mencionado para realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento, abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.



Nombre LUISA MARIA DUQUE
C.C. 1144038194 L.S.O. 1841
Médico Magister en Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo

Firma del Trabajador
STEPHANIA GALINDEZ GONZALEZ
C.C.1144058

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA BUENAVENTURA
DIRECCIÓN: Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
CIUDAD DE LA SEDE: BUENAVENTURA
TELÉFONO: 6022979491 - 6022978046
EMAIL: servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-10-21

Nombres y apellidos: WEINNY DAHIANA TORRES BENITEZ
Fecha de nacimiento: 04/12/1989
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: PSICOLOGA

CC: 1144132369
Edad: 33 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-10-21 / 11:21:11
Fecha salida: 2023-10-23 / 10:09:12



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+
- COPROLOGICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:
PREVENCIÓN DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNA
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

EBLIN YADIRA RODRIGUEZ ANGULO
RM: 525860
Firma y sello del médico

WEINNY DAHIANA TORRES BENITEZ
CC: 1144132369
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Powered by CamScanner

somedi IPS	SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA INTEGRAL S.A.S NIT. 900.619.050 -1	GSL-F-02 Mayo de 2023
	CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL	Versión No. 03 Página 1 de 1

I. INFORMACION DE LA EMPRESA

FECHA ELABORACION DEL CERTIFICADO	DIA	MES	ANO	NOMBRE DE LA EMPRESA:
	11	05	2023	ZENEYDA RIASCOS RIASCOS

II. INFORMACION DEL COLABORADOR

NOMBRES Y APELLIDOS:		DOCUMENTO: 66938193	
ZENEYDA RIASCOS RIASCOS			
EDAD: 49 AÑOS	**SEXO:** FEMENINO	**CARGO:**	Coordinadora

III. EXAMEN REALIZADOS

TIPO DE EXAMEN PRACTICADO:	INGRESO: X		PERIODICO:	EGRESO:	
SERVICIO	NORMAL	ANORMAL	SERVICIO	NORMAL	ANORMAL
VALORACION MEDICA LABORAL	SI		PERFIL LIPIDICO	N/A	
AUDIOMETRIA	N/A		HEMOGRAMA	N/A	
VISIOMETRIA	N/A		SEROLOGIA TIPO I Y II	N/A	
ESPIROMETRIA	N/A		GLICEMIA PRE	N/A	

IV. CONCEPTO MEDICO LABORAL PARA INGRESO

APTO PARA EL CARGO

OBSERVACIONES MÉDICO LABORAL: LLEVAR ALIMENTACION SANA / AUTOCUIDADO/ CAPACITAR EN EL RIESGO DE SU LABOR

V. ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FUERZA/MOV.ARTICULAR / FLEXIBILIDAD (MM. SUP. MM. INF. COLUMNA) / PHALEN / TINNEL / FINKELSTEIN /MARCH A /SENSIBILIDAD

VI. CONCEPTO MEDICO LABORAL PARA EXAMEN PERIODICO

N/A

VII. CONCEPTO MEDICO LABORAL PARA EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE		RETIRO CON PATOLOGÍA PARA SEGUIMIENTO POR EPS/ARL	

VIII. OBSERVACIONES GENERALES Y DE SEGUIMIENTO MÉDICO

CONTROL PERIÓDICO POR PYP EN EPS		Zaldo Castillo L. Medico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo T.P. 1062285476 Lic. 14634-12-2018		DIETA/HABITOS DE VIDA SALUDABLE	X

FIRMA DEL MEDICO LABORAL Y SELLO RESOLUCION 2346 DEL 11 DE JULIO DE 2007

Powered by CamScanner

	SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA INTEGRAL S.A.S NIT. 900.619.050 -1	GSL-F-02
somedi IPS		Mayo de 2023
	CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL	Versión No. 03
		Página 1 de 1

REMISIÓN A EPS PARA SEGUIMIENTO A PATOLOGIA		HIGIENE POSTURAL	X	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM	X
CONTINUAR MANEJO MEDICO POR EPS		UTILIZACION DE EPI	X	DEJAR EL HABITO DE FUMAR	
REMISIÓN AL ARL PARA SEGUIMIENTO		PAUSA ACTIVAS DIARIAS	X	REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL	
REALIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		AFINAMIENTO POR EPS		OTROS:	

FIRMA DEL MEDICO LABORAL Y
SELLO RESOLUCION 2346 DEL 11
DE JULIO DE 2007

CRA 8 No. 10 – 47 B/ La cruz Candelaria Valle –Teléfono. 3005020841 – 2601191 E-mail: somedi.gerencia@gmail.com

Powered by CamScanner

EVALUACION SELECCIÓN DEL PERSONAL

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE TALENTO HUMANO OFERTA INSTITUCIONAL DIRECCIÓN DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	F17.MO28.PP	27/10/2023
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Clasificada	

FECHA DE EVALUACIÓN	SERVICIO DE ATENCIÓN	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DEL DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PERFIL	ROL	¿CUMPLE CON LA FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA?	¿CUMPLE CON LA EXPERIENCIA REQUERIDA?	¿CUMPLE CON EL PERFIL REQUERIDO?
4/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	67040596	LISSETH	KATHERINE	TORO	MOLINA	PROFESIONAL	COORDINADOR GENERAL	SI	SI	SI
4/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1113656799	ANGELA	MARIA	GIRON	GALLEGO	PROFESIONAL	GESTOR METODOLÓGICO	SI	SI	SI
9/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1082988293	MARIA	ANGELICA	OROZCO		PROFESIONAL	GESTOR METODOLÓGICO	SI	SI	SI
5/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1148949976	JULIO	CESAR	ORDOÑEZ	SANTANA	TECNOLOGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SI	SI	SI
11/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1130629691	HAMILTON		ANGOLA	GONZALEZ	PROFESIONAL	GESTOR DE INFORMACIÓN	SI	SI	SI
11/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	10389074	ELVIS	LEONIDES	GONGORA	BALLESTEROS	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
11/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	114413269	WEINNY	DAHIANA	TORRES	BENITEZ	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
12/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1151441709	PAOLO	ANDRES	ANGULO	BRAVO	PROFESIONAL	GESTOR DE DESARROLLO	SI	SI	SI
10/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1111801587	ANGIE	ROCIO	VALENZUELA	ANGULO	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
11/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1111798353	DARLING		BONILLA	RODRIGUEZ	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
18/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1111780540	AYLEEN	JULIETH	HINESTROZA	CASTRO	PROFESIONAL	GESTOR DE DESARROLLO	SI	SI	SI
11/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1111757019	SOLANYY	ELIZABETH	VANEGAS	RIASCOS	PROFESIONAL	PROFESIONAL SOCIAL	SI	SI	SI
11/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	38470980	SHIRLEY		VASQUEZ	IBARGUEN	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
17/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1111811151	LUZ	MERY	VALVERDE	BEDOYA	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
18/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	66744026	FLOR	MARIA	MOSQUERA	RIASCOS	PROFESIONAL	GESTOR DE DESARROLLO	SI	SI	SI
16/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	91272180	FABIO	ENRIQUE	NIÑO	ROMERO	PROFESIONAL	GESTOR DE DESARROLLO	SI	SI	SI
11/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1111744827	MAYRA	ALEXANDRA	CARDONA	GRUESO	PROFESIONAL	PROFESIONAL SOCIAL	SI	SI	SI
9/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1144135312	CAROLINE	MELISSA	GOMEZ	LONDOÑO	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
14/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1113536841	LAURA	ISABEL	ESCOBAR	HERRERA	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
10/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	66938193	ZENEIDA		RIASCOS	RIASCOS	PROFESIONAL	GESTOR DE DESARROLLO	SI	SI	SI
11/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1143844597	DANNY	RAUL	ZORRILA	OTALVORA	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
12/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1144097913	ANGIE	DANIELA	POLANIA	FLOREZ	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
10/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	67037769	MARYURI		ANGULO	MONTAÑO	TECNOLOGO	GESTOR DE DESARROLLO	SI	SI	SI
10/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1144099525	ANGIE	NAOMY	VERGARA	POTES	PROFESIONAL	PROFESIONAL SOCIAL	SI	SI	SI
12/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	29686817	SANDRA	MILENA	ALZATE	GONZALEZ	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
16/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	66859690	GLORIA	EUGENIA	PALOMINO	FERNANDEZ	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
12/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1143838393	CARLOS	EDUARDO	MONROY	OSORIO	PROFESIONAL	GESTOR DE DESARROLLO	SI	SI	SI
18/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1143859942	ALEXANDRA		PEREZ	CAICEDO	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
16/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1144088950	SEBASTIAN		SALAZAR	RENDON	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
10/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1143934123	LIZETH		GARCIA	CAICEDO	PROFESIONAL	GESTOR DE DESARROLLO	SI	SI	SI
9/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1120751886	JOSE	ALBERTO	BERRIO	ROBLES	PROFESIONAL	PROFESIONAL SOCIAL	SI	SI	SI
10/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	94541541	FRANCISCO	JAVIER	PERAFAN	PAJA	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
9/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1144158737	STEPHANIA		GALINDEZ	GONZALEZ	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI
10/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	29110647	ANGELICA	MARIA	CARVAJAL	VINASCO	PROFESIONAL	GESTOR DE DESARROLLO	SI	SI	SI
9/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	1122816891	PAOLA	ANDREA	PINTO	ALVAREZ	PROFESIONAL	PROFESIONAL SOCIAL	SI	SI	SI
9/10/2023	ATRAPASUEÑOS	CC	66730392	MARITZA		VALENCIA	CAMACHO	PROFESIONAL	PSICÓLOGO	SI	SI	SI

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

REALIZACION PERFIL 360

BUENAVNTURA

CARACTERIZACION

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE PARTICIPANTES OFERTA INSTITUCIONAL GENERACIONES SACÚDETE	4/8/2021 Versión 1 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Clasificada

FECHA DE VINCULACIÓN A LA OFERTA DE LA DIRECCIÓN DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PARTICIPANTE	NÚMERO DEL DOCUMENTO DEL PARTICIPANTE	PARENTESCO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR CON EL PARTICIPANTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	PRIMER NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	SEGUNDO NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	PRIMER APELLIDO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	SEGUNDO APELLIDO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR DD/MM/AAAA	EDAD (AÑOS)	EDAD (MESES)	SEXO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	GÉNERO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR (MAYORES DE 14 AÑOS)	ORIENTACIÓN SEXUAL DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR (MAYORES DE 14 AÑOS)	PAÍS DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	MUNICIPIO DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR
7/11/2023	TI	1111779631	ABUELO (A)	CC	31375420	AMANDA		HENAO	VALENCIA	1/10/1957	66	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111782773	MADRE	CC	1111781515	MARCIANA		MINA	CAICEDO	5/8/1990	33	3	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111784694	MADRE	CC	1111770433	ANA	VEIVI	VALENCIA	GAMBOA	20/1/1989	34	9	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111784695	MADRE	CC	1111784323	NIDIA	INES	MOSQUERA	MURILLO	30/11/1990	32	11	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1077649832	MADRE	CC	1111817997	XIOMARA		ANCHICO	FARRUFIA				MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1107065691	PADRE	CC	94443911	JHON	JAIRO	GRUESO	VALENCIA	15/5/1979	44	5	HOMBRE	SI	MASCULINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111777298	MADRE	CC	38469090	MARLIN	JANNETH	VERGARA	ORTIZ	10/1/1979	44	9	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111777686	MADRE	CC	38469904	DIANEN		ESTUPIÑAN	MEJIA	15/11/1979	43	11	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111782338	MADRE	CC	66733801	MARIA	LUCY	ESTUPIÑAN	GONZALEZ	4/8/1967	56	3	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1109666647	PADRE	CC	16485395	HAROLD		ARCE	ALEGRIA	22/3/1964	59	7	HOMBRE	SI	MASCULINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1028182921	MADRE	CC	29232654	FLUVIA	MARINA	GARCES	VIVEROS	5/12/1974	48	11	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1028184113	MADRE	CC	31611836	ADELAIDA		CUERO	ARAGON	27/8/1978	45	2	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1028188267	MADRE	CC	1002936478	YOLENIS		MINA	MOSQUERA	3/4/1985	38	7	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1087795006	MADRE	CC	59686834	CLAUDIA	KARINA	GODOY	GARCIA	25/10/1983	40	0	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111765618	TIO(A)	CC	1006195229	ROSA	ANGELICA	GONZALEZ	RODRIGUEZ	27/11/1996	26	11	HOMBRE	SI	MASCULINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111774403		CC	1059042444	JANNY		GRUESO	GRUESO				MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111777635	TIO(A)	CC	1113366395	KELLY	YESENIA	BARAHONA	CANDELO	19/9/1991	32	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111781722	TIO(A)	CC	29227784	AMANDA		VALVERDE	CASTRO	4/6/1973	50	5	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111774645	PADRE	CC	14471106	LEOPOLDO		ANGULO	LIZALDA	6/5/1980	43	6	HOMBRE	SI	MASCULINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111777069	PADRE	CC	14473149	FRANKLIN		SINISTERRA	RIVAS	28/1/1981	42	9	HOMBRE	SI	MASCULINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111780013	MADRE	CC	1193465452	ZULEIMA		HINESTROZA	SINISTERRA	17/5/1990	33	5	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111776560	MADRE	CC	1111751456	MARLIS	CRUZ	ZAMORA	ANGULO	12/11/1984	38	11	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111771114	MADRE	CC	1111770736	FLOREMILA		REINA	PORTOCARRE	22/4/1989	34	6	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111781992	MADRE	CC	1007946574	ANIX	JOMAR	ANGULO	SINISTERRA	14/4/1988	35	6	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111785328	MADRE	CC	29227250	LUCY		RODRIGUEZ	CASTRO	13/3/1978	45	7	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111785540	TIO(A)	CC	1007525656	DORA	BRIGITTE	RIASCOS	IBARGUEN	12/2/1995	28	8	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111786762	MADRE			MARLING		GONGORA	PEREA				MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111787430																	
7/11/2023	TI	1111801474	MADRE	CC	316603964	ARLEY		GARCIA	RODRIGUEZ	30/10/1983	40	0	HOMBRE	SI	MASCULINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111801654	MADRE	CC	1006191065	SANDRA	VIVIANA	ANGULO	CONGO	13/8/1992	31	2	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1109189829											MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111765300	MADRE	CC	38466846	DIANA	MARGARITA	LOANGO	CAICEDO	18/10/1973	50	0	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111767018	MADRE	CC		DOLORES		CAMACHO	TORRES				MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111774770	MADRE	CC	38465611	FLOR	BETTY	VERGARA	BARCO	5/7/1977	46	4	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111777726	MADRE	CC	1007882253	TATIANA		GONZALEZ		25/3/1989	34	7	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111778365	MADRE	CC	38469000	LUZ	NELLY	LOPEZ	MURILLO	7/1/1979	44	10	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111780206	MADRE	CC	29231456	LUCELY		ANGULO	ANGULO	2/1/1984	39	10	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111780585																	
7/11/2023	TI	1028183889	MADRE	CC	29232955	BILMA		VALENCIA	CARDENAS	11/6/1980	43	4	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1028188158	MADRE	CC	1111761342	YESENIA		DIAZ	VALENCIA	15/12/1984	38	10	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111767579																	
7/11/2023	TI	1061116664																	
7/11/2023	TI	1111781927	MADRE	CC	38472589	ANA	MILENA	OROZCO	TRIVIÑO	19/8/1980	43	2	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111777538	MADRE	CC	38469000	LUZ	NELLY	LOPEZ	MURILLO	7/1/1979	44	10	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1111779273	MADRE	CC		SONIA		CASTRO	PERES				MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI	1076876527	ABUELO (A)	CC	31386221	MARIA	OFELIA	ALBORNOZ	GUZMAN	4/7/1961	62	4	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO DE PARTICIPANTES OFERTA INSTITUCIONAL GENERACIONES SACÚDETE	4/8/2021 Versión 1 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Clasificada

FECHA DE VINCULACIÓN A LA OFERTA DE LA DIRECCIÓN DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PARTICIPANTE	NÚMERO DEL DOCUMENTO DEL PARTICIPANTE	PARENTESCO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR CON EL PARTICIPANTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	PRIMER NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	SEGUNDO NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	PRIMER APELLIDO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	SEGUNDO APELLIDO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR DD/MM/AAAA	EDAD (AÑOS)	EDAD (MESES)	SEXO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	GÉNERO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR (MAYORES DE 14 AÑOS)	ORIENTACIÓN SEXUAL DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR (MAYORES DE 14 AÑOS)	PAÍS DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	MUNICIPIO DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR
6/11/2023	TI	1151446101	MADRE	CC		BETTY		RENTERIA					MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1111787251	MADRE	CC	38468525	MARY	LUZ	LOPES	SINISTERRA	19/3/1975	48	7	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1115452732	MADRE	CC	38470688	SONIA		GONZALES	ANGULO	4/11/1977	46	0	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1111796248	MADRE	CC	1111793361	CINDY		TAMAYO	RENTERIA	19/4/1993	30	6	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1148445156	MADRE	CC	31585274	JULIA	ERIS	GARCES	MOSQUERA	29/9/1964	59	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1151196569	MADRE	CC		MARIZA		RIASCOS	MOSQUERA				MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1113366147	MADRE	CC		YULI		CORDOBA					MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1151438912	MADRE	CC		MARIA	FAUSTINA	MICOLTA	GAMBOA				MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1151438933	MADRE	CC	1028184586	DEISY		VALENCIA	CAICEDO	16/10/1982	41	0	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1111782615	MADRE	CC	1192736568	AYDE	GISELA	DELGADO	VALENCIA	22/2/1994	29	8	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1115452873	MADRE	CC	1010089135	NIBEYI		CASQUETE	CAMACHO	23/1/1988	35	9	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1151438542	MADRE	CC	1151446493	YESICA		RENTERIA	CAICEDO	30/10/1989	34	0	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1148445273	MADRE	CC	38467689	LILIANA		CAMACHO	CUERO	6/9/1976	47	2	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1115452888	MADRE	CC	38467940	YENNY	PATRICIA	SANTIESTEBA	CAICEDO	15/9/1978	45	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1151438986	MADRE	CC	1028184707	ROSA	MARIA	RAMOS	RODRIGUEZ	15/8/1981	42	2	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1111796240	MADRE	CC	1151440084	CLAUDIA		CHICHILIANO		7/6/1983	40	4	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1115455581	MADRE	CC	1028181446	ROSA	MARIA	RIVAS	JIMENEZ	6/11/1990	33	0	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1196713214	MADRE	CC	111774972	EMMA	CECILIA	ORTIZ	BONILLA	6/11/1989	34	0	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1149187484	MADRE	CC	1149187272	ROSILIA		ANGULO	DELGADO	4/10/1986	37	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1111922686	MADRE	CC	1111775128	CRUZ	EMILIA	MORENO	HURTADO	4/5/1983	40	6	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1111783046	ABUELO (A)	CC	38468469	SIMONA		ROSENDO		25/10/1962	61	0	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1111782921	MADRE	CC	1192937263	MARIA	CONSUELO	GAMBOA	VALENCIA	16/8/1984	39	2	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1151438673	MADRE	CC		LUZ	NEICY	VALENCIA					MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1115451933	MADRE	CC		MARTA		VALENZUELA					MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
6/11/2023	TI	1151438767	MADRE	CC	1192754566	LUZ	ELDY	VALENCIA	CUERO	24/1/1993	30	9	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE PARTICIPANTES OFERTA INSTITUCIONAL GENERACIONES SACÚDETE

4/8/2021

Versión 1 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Clasificada

FECHA DE VINCULACIÓN A LA OFERTA DE LA DIRECCIÓN DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PARTICIPANTE	NÚMERO DEL DOCUMENTO DEL PARTICIPANTE	PARENTESCO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR CON EL PARTICIPANTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	PRIMER NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	SEGUNDO NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	PRIMER APELLIDO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	SEGUNDO APELLIDO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR DD/MM/AAAA	EDAD (AÑOS)	EDAD (MESES)	SEXO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	GÉNERO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR (MAYORES DE 14 AÑOS)	ORIENTACIÓN SEXUAL DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR (MAYORES DE 14 AÑOS)	PAÍS DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	MUNICIPIO DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR
9/11/2023	CC		CONYUGE/COMP.	CC	1151443686	YASER		IBARGUEN	MINA	3/2/2002	21	9	MUJER	SI					
9/11/2023	CC		CONYUGE/COMPAÑERO(A)		1149188041	LILIANA		ROSERO	CASTRO	26/6/2000	23	4	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE			MAYERLIN		SINISTERRA	ANGULO				MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE			VICTORIA		PANAMEÑO					MUJER						
6/11/2023	CC		MADRE			ELVIA		MINA					MUJER						
6/11/2023	CC		CONYUGE/COMPAÑERO(A)			JHON	ALEXANDER	ANGULO					HOMBRE						
6/11/2023	CC					RUBEN		MONDRAGON											
6/11/2023	CC					ISABELLA		RENTERIA											
6/11/2023	CC					DAVID		YEPES					MUJER						
9/11/2023	CC					VICTORIA		CUERO	PANAMEÑO				MUJER						
6/11/2023	CC		MADRE			NELLY		MOSQUERA					MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		1151445100	AURA	NELLY	MOSQUERa	VALENCIA	3/5/1982	41	6	HOMBRE						
9/11/2023	CC		MADRE		38468505	MARTHA		SINISTERRA		14/5/1979	44	5	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		1111772592	CINDY	MARLENY	BUENAVENTURA		25/11/1989	33	11	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		31587479	SENCIONA		DIAZ	CAICEDO	5/7/1973	50	4	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		1192917781	MARIEN	YICELY	RIASCOS		4/2/1993	30	9	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		1006201800	LUISA		ESPINOSA		7/6/1986	37	5	HOMBRE						
8/11/2023	CC		MADRE		66756000	YULI		MOSQUERA		16/3/1982	41	7	MUJER						
9/11/2023	CC		PADRE		1192917269	LUISA		RODRIGUEZ		24/12/1998	24	10	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		1006186297	MARLOVYS		RODALLEGA		28/5/1985	38	5	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		1028184932	ELIZABETH		MOSQUERA		5/6/1986	37	5	HOMBRE						
9/11/2023	CC		MADRE		1028184932	ELIZABETH		MOSQUERA		5/6/1986	37	5	HOMBRE						
9/11/2023	CC		MADRE		10062011800	LUISA		ESPINOSA		7/6/1986	37	5	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		1111780153	ROCIO		GAMBOA	GARCIA	9/1/1990	33	10	MUJER						
11/11/2023	CC		MADRE		1028189211	YESENIA		VALENCIA	PARRA	2/12/1988	34	11	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		38472369	ADELA		DIAZ	ESPINOSA	10/2/1982	41	8	MUJER						
10/11/2023	CC		MADRE		1028188031	MAIRA		PRETEL	TORRES	17/3/1987	36	7	MUJER						
7/11/2023	CC		MADRE		1007946557	ANA		SINISTERRA		12/8/1993	30	2	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		38468505	MARTHA		SINISTERRA		14/5/1979	44	5	MUJER						
11/11/2023	CC		MADRE		66740773	CECILIA		SANCHEZ		2/9/1965	58	2							
11/11/2023	CC		MADRE		66740733	CECILIA		SANCHEZ		2/9/1965	58	2	HOMBRE						
10/11/2023	CC		MADRE		66735634	MARTHA		TORRES		4/2/1962	61	9	MUJER						
10/11/2023	CC		MADRE		111744401	ESTRER		CANDELO		28/12/1985	37	10	MUJER						
9/11/2023	CC		MADRE		38472369	ADELA							MUJER						

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE PARTICIPANTES OFERTA INSTITUCIONAL GENERACIONES SACÚDETE

4/8/2021

Versión 1 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Clasificada

FECHA DE VINCULACIÓN A LA OFERTA DE LA DIRECCIÓN DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PARTICIPANTE	NÚMERO DEL DOCUMENTO DEL PARTICIPANTE	PARENTESCO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR CON EL PARTICIPANTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	PRIMER NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	SEGUNDO NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	PRIMER APELLIDO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	SEGUNDO APELLIDO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR DD/MM/AAAA	EDAD (AÑOS)	EDAD (MESES)	SEXO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual?	GÉNERO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR (MAYORES DE 14 AÑOS)	ORIENTACIÓN SEXUAL DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR (MAYORES DE 14 AÑOS)	PAÍS DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR	MUNICIPIO DE NACIMIENTO DEL INTEGRANTE DEL NÚCLEO FAMILIAR
7/11/2023	TI	1111811232	MADRE	CC	31381891	MELIDA		MORENO		12/11/1955	67	11	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	31610390	NELLY		ESCOBAR	NABOYAN	7/1/1985	38	10	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	1111739785	ANA	PAOLA	VIVEROS	RIASCOS	23/4/1985	38	6	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	1111788658	YAISURY		JARAMILLO	TORRES	18/12/1981	41	10	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	31603760	MILADY		CANDELO	RIASCOS	11/7/1983	40	3	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	1111758524	MARLENIS		BENITEZ	ANGULO	14/4/1989	34	6	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	1111756647	GIOVANNY		VIAFARA	PAREDES	19/11/1987	35	11	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	31602895	MARIA	ELENA	VALENCIA	RIASCOS	1/10/1981	42	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	1111792868	LEDIS	YOANA	ANGULO	VIVEROS	18/6/1993	30	4	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	1111748572	DANNNING	LORENA	CUELLAR	GONZALEZ	1/10/1985	38	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		PADRE	CC	14477045	HARRISON		RIASCOS	TORRES	17/4/1981	42	6	HOMBRE	SI	MASCULINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	66737010	ELCY	MARIEN	VIVAS	OBANDO	2/11/1962	61	0	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	59664369	ROSA	MARIA	CUERO	AGUIÑO	15/4/1965	58	6	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		PADRE	CC	1006199076	JULIO	CESAR	MEDINA	ZAMORA	15/12/1990	32	10	HOMBRE	SI	MASCULINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	66775957	LILIANA		CARMONA	RIVERA	18/10/1973	50	0	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	PALMIRA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	1111780539	LAUREN	RAQUEL	POSSO	MARTINEZ	20/4/1991	32	6	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	CHOCÓ	NUQUI
7/11/2023	TI		MADRE	CC	31801989	YADIRA		TORRES	RIASCOS	20/4/1985	38	6	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	1151445877	ADRIANA		ANGULO	SINISTERRA	10/6/1992	31	4	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	38505168	LUZ	MEREIDA	NEIVA	CAICEDO	20/7/1975	48	3	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	1111761331	YULY	FERNANDA	MOSQUERA	ORTIZ	24/5/1988	35	5	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
9/11/2023	TI		MADRE	CC	1192918299	LILIANA		VALENCIA	MINA	23/6/1992	31	4	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		PADRE	CC	16495321	HECTOTR	HERNAN	GARCIA	PEREA	18/9/1969	54	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
10/11/2023	TI		MADRE	CC	1111777769	ANA	GINETH	ROSSI	CORTES	13/11/1990	32	11	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
9/11/2023	TI		MADRE	CC	1006188519	GISELA	LORENA	GRANJA	PALACIOS	2/9/1988	35	2	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
9/11/2023	TI		MADRE	CC	1193149424	MARYN	VANESSA	VIVEROS	VIVEROS	3/9/1991	32	2	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	1148687880	OLENIA		GUERRERO	VALLECILLA	11/11/1988	34	11	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
10/11/2023	TI		ABUELO (A)	CC	66743998	LUZ	CLARITZA	GUEVARA	GUERRERO	4/3/1965	58	8	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	NARIÑO	TUMACO
9/11/2023	TI		PADRE	CC	16491597	CLAUDIO		NUÑEZ	HURTADO	15/8/1968	55	2	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	31603893	SANDRA	LILIANA	BANGUERA	CAICEDO	3/6/1985	38	5	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		HERMANO (A)	CC	1028183384	DUVAN		VALENCIA	VALENCIA	29/7/1999	24	3	HOMBRE	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
9/11/2023	TI		MADRE	CC	1192754948	SULY		CUERO	CUERO	14/12/1993	29	10	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	1111778276	MARY	LUZ	HURTADO	ALOMIA	27/2/1988	35	8	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
9/11/2023	TI		MADRE	CC	38469454	LILIA	MARINA	SINISTERRA	PRADO	26/9/1978	45	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	################	MARTHA	CECILIA	SINISTERRA	MANTILLA	3/7/1979	44	4	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
8/11/2023	TI		MADRE	CC	66945351	ELENA	DIALY	HURTADO	MARTINEZ	15/7/1977	46	3	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	CHOCÓ	BAJO BAUDO
10/11/2023	TI		MADRE	CC	1111756615	DEISY	LISETTE	MADRID	CORDOBA	23/8/1987	36	2	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
7/11/2023	TI		MADRE	CC	1111783462	LUZ	ALBA	RODALLEGA	RENTERIA	6/10/1989	34	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
14/11/2023	TI		MADRE	CC	1111783320	BETSY	STEFANY	RIVAS	VALLEJO	27/9/1990	33	1	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA
9/11/2023	TI		MADRE	CC	29228781	FLOR	MARIA	HINESTROZA		25/12/1963	59	10	MUJER	SI	FEMENINO	HETEROSEXUAL	COLOMBIA	VALLE DEL CAU	BUENAVENTURA