CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO **CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**			mipg
PROCESO: GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	**CODIGO:** GCR-S1-F19	**VIGENCIA:** 18/05/2023	V2	**PÁGINA** 1 de 1

No. Contrato	097 de 2024	**No. Entrega**	1	**Fecha**	18/07/2024

La Dra. ROCIO CORREA LOSADA. Profesional Universitario Talento Humano de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina en cargo de Supervisora.

CERTICA QUE:

Que con la empresa de Médicos Laborales S.A.S, identificada con NIT 900.344.642-1 con representante legal CAMILO ANDRES CORTES MENDEZ, Identificado con cedula de ciudadanía número 1.075.314.494 se contrató la realización de exámenes ocupacionales de ingreso, egreso, periódicos, retiro, valoraciones médicas, estudios de puesto de trabajo exámenes médicos pos incapacidad con historia clínica , paraclínicos a los funcionarios de planta de l a ESE CARMEN EMILIA OSPINA vigencia 2024.Del referido contrato presenta el siguiente balance:

Contrato No. 097 de **2024**	Fecha de inicio	09 de febrero de 2024
	Fecha de terminación	31 de Diciembre de 2024
	Otrosí	**Diligenciar No. Otrosí, fecha de suscripción**

Valor inicial	21.941.000
Valor Otrosí	0
Valor total	21.941.000
Valor ejecutado	0
Vienen contrato	21.941.000
Valor factura (s)	3.723.000.
Saldo contrato	18.218.000.00

Ítem	Factura	Fecha	Comprobante entrada a almacén	Valor facturas
1	FE 12551	15/07/2024	0	3.723.000.00
Total				3.723.000.00

Total de facturas	1

De conformidad con las directrices legales, contractuales e institucionales, establecidas por la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, el contratista cumplió a cabalidad con los respectivos pagos al SGSSS, soportada en la certificación expedida por CAMILO ANDRES CORTES MENDEZ, Representante Legal de la entidad contratista.
Expedida en la ciudad de Neiva, a los 16 días del mes de Julio del año **2024.**

ROCIO CORREA LOSADA
Supervisora

Info Contratista

MÉDICOS LABORALES S.A.S.
Nit. 900.344.642-1 Responsables De IVA
No Somos Grandes Contribuyentes
No Somos Autorretenedores
Actividad Económica Principal 8699
Actividad Económica Secundaria 7020

www.medicoslaboralessas.com

UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO
Calle 15 N° 5 – 71 Barrio Quirinal
Tel. 857 8741
Cel. 317 6379820 – 317 6380067

UNIDAD CAPACITACIÓN
Calle 13 N° 2 – 62 Barrio Los Mártires
Tel. 857 8741
Cel. 315 4337085 – 316 0174047

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: FE12551
Fecha Emisión: 2024-07-15 08:48:30
Fecha validación: 2024-07-15 08:51:37-05:00
Fec. Vcto.: 2024-08-14

N° Resolución: 18764063959111 **Prefijo:** FE **Consecutivo:** 10001 hasta 100000 **Fecha:** 2024-01-18 **hasta** 2025-01-18

Datos del Emisor	Datos del Adquiriente
Razón social/Nombre: MEDICOS LABORALES S.A.S. **NIT:** 900344642-1 **Actividad Económica:** 8699 **Responsabilidad:** No aplica – Otros - **Dirección:** CALLE 15 5 71 - NEIVA - - Huila - CO **Teléfonos:** 3176379820 **Contacto:** CAMILO ANDRES CORTES MENDEZ **E-mail:** gerencia@medicoslaboralessas.com	**Razón social/Nombre:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA **NIT:** 813005265-7 **Dirección:** CRA 22 CON CALLE 26 SU - NEIVA - - HUILA - CO **Teléfonos:** 8631818 **E-mail:** info@esecarmenemiliaospina.gov.co

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	101100004	8.00	WSD	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR	25,000.00	IVA 0.00	0.00		200,000.00
2	101100012	1.00	WSD	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR (CAMBIO DE CARGO)	25,000.00	IVA 0.00	0.00		25,000.00
3	101106002	2.00	WSD	EXAMEN MEDICO POS-INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD LABORAL	50,000.00	IVA 0.00	0.00		100,000.00
4	101101004	9.00	WSD	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO OSTEOMUSCULAR	25,000.00	IVA 0.00	0.00		225,000.00
5	105111001	9.00	WSD	MUESTRA PERFIL LIPIDICO	27,000.00	IVA 0.00	0.00		243,000.00
6	104102001	8.00	WSD	OPTOMETRIA OCUPACIONAL	16,000.00	IVA 0.00	0.00		128,000.00
7	105105001	9.00	WSD	GLUCOSA EN SUERO LCR	8,000.00	IVA 0.00	0.00		72,000.00
8	105172002	12.00	WSD	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	70,000.00	IVA 0.00	0.00		840,000.00
9	109100006	1.00	WSD	INSPECCION PUESTO DE TRABAJO CON ENFASIS ERGONOMICO	75,630.25	IVA 19.00	14,369.75		90,000.00
10	104107001	3.00	WSD	ANALISIS DE PUESTO DE TRABAJO	600,000.00	IVA 0.00	0.00		1,800,000.00
Total Items		10							

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA: 0.00%	3,633,000.00	0.00
IVA: 19.00%	75,630.25	14,369.75

Totales	
SUBTOTAL:	3,708,630.25
TOTAL Base Imponible:	3,708,630.25
IVA	14,369.75
TOTAL Descuento Global:	0.00
TOTAL:	3,723,000.00
TOTAL en letras: Tres Millones Setecientos Veintitres Mil Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.00

Información Adicional

USUARIOS ATENDIDOS DEL MES DE FEBRERO AL MES DE JUNIO 2024

Favor consignar a **Cuenta de Ahorro Bancolombia N° 455-607306-28** a Nombre de **Medicos Laborales SAS Nit 900344642-1**
Enviar soporte de pago al correo: administrador@medicoslaboralessas.com - operaciones@medicoslaboralessas.com

CUFE: cda681ab70190c73458acb58c357235e398c19392253b96f3c0933a6a9f316d4f9a29a441ae9676d56b7d2312648ce57
Representación impresa de Factura Electrónica de Venta
Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6
TFHKA_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-779

MÉDICOS LABORALES S.A.S.
Nit. 900.344.642-1 Responsables De IVA
No Somos Grandes Contribuyentes
No Somos Autorretenedores
Actividad Económica Principal 8699
Actividad Económica Secundaria 7020

www.medicoslaboralessas.com

UNIDAD APOYO DIAGNÓSTICO
Calle 15 N° 5 – 71 Barrio Quirinal
Tel. 857 8741
Cel. 317 6379820 – 317 6380067

UNIDAD CAPACITACIÓN
Calle 13 N° 2 – 62 Barrio Los Mártires
Tel. 857 8741
Cel. 315 4337085 – 316 0174047

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: FE12551
Fecha Emisión: 2024-07-15 08:48:30
Fecha validación: 2024-07-15 08:51:37-05:00
Fec. Vcto.: 2024-08-14

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Crédito	Otro	2024-08-14			30				

Favor consignar a **Cuenta de Ahorro Bancolombia N° 455-607306-28** a Nombre de **Medicos Laborales SAS Nit 900344642-1**
Enviar soporte de pago al correo: administrador@medicoslaboralessas.com - operaciones@medicoslaboralessas.com

CUFE: cda681ab70190c73458acb58c357235e398c19392253b96f3c0933a6a9f316d4f9a29a441ae9676d56b7d2312648ce57
Representación impresa de Factura Electrónica de Venta
Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6
TFHKA_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-779

Ciudad y fecha: Neiva Huila, Julio 16 de 2024

Doctora
ROCIO CORREA LOSADA
Profesional Universitario Talento Humano
ESE CARMEN EMILIA OSPINA

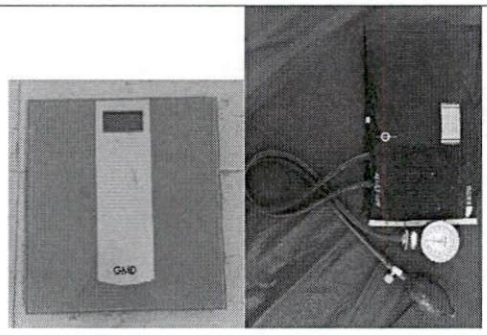
Supervisor - Contrato Bienes y Servicios Nº 097 del 2024 REF: INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES. Camilo Andrés Cortes Méndez, mayor de edad y domiciliado en esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.075.314.494 expedida en Neiva, mediante el presente documento me permito presentar el INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES del contrato de la referencia:

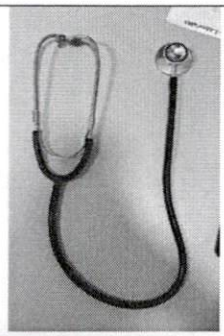
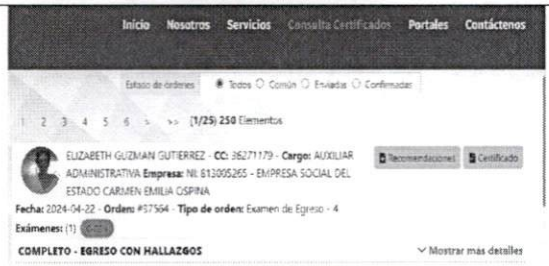
Objeto contractual: CONTRATAR LA REALIZACION DE EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESI, EGRESO, PERIODICOS, RETIRO, VALORACIONESMEDICAS, ESTUDIO DE PUESTO DE TRABAJO, EXAMENES MEDICOS POS INCAPACIDAD CON HISTORIA CLINICA, PARACLINICOS A LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA.

Periodo ejecutado: 9 de febrero al 27 de junio de 2024

ACTIVIDADES REALIZADAS:

No.	Actividades del contratista	Actividades realizadas	Evidencia aprobada
1	Cumplir con el objeto del contrato dentro de los términos y condiciones establecidas por la ESE CARMEN EMILIA OSPINA.	Cumplí con el objeto del contrato a las actividades ordenadas	**Soportes anexos de las actividades realizadas.**
2	Coordinar con el profesional de apoyo en salud Ocupacional el cumplimiento del objeto del contrato con cronograma y planilla de controles de asistencia de funcionarios indicando fecha , horarios y espacios para su ejecución.	Se coordinó con salud ocupacional mediante llamadas telefónicas, vía correo o WhatsApp la solicitud de citas para valoraciones médicas y toma de exámenes de los funcionarios. FECHA: 9 de febrero a 27 junio LUGAR: vía telefónica y correo	
3	El contratista se compromete a realizar los exámenes de ingreso, egreso, periódicos, paraclínicos, estudios de puesto de trabajo, exámenes pos incapacidad a los funcionarios, de planta de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA y a entregar el diagnostico escrito de las condiciones de salud de	Para este periodo se atendieron: 8 exámenes de ingreso 9 exámenes de egreso 1 examen para cambio de cargo 2 exámenes pos-incapacidad por enfermedad común 8 optometrías ocupacionales 9 perfiles lipídicos	

	los trabajadores dando las recomendaciones pertinentes en médicos físicos y magnéticos.	12 pruebas cutáneas de tuberculinas 9 glucosas en suero 3 análisis de puesto de trabajo 1 Inspección ergonómica Fecha: 9 de febrero a 27 junio Lugar: calle 15 # 5-58 centro sede médicos laborales	
4	El contratista estará en la obligación de suministrar el sitio para la realización de los exámenes soportando certificado de habilitación.	Se realizaron Pruebas Cutáneas de tuberculina a funcionarios que manejan pacientes de programas especiales. Fecha: 10/04/2024 Lugar: laboratorio Aida Ascencio sas	
5	Contar con equipo biomédico (tensiómetro, Fonendo, Bascula, Carta snellen) personal idóneo competente para la ejecución de los servicios, con acompañamiento de auxiliar de enfermería realizando tamizaje los funcionarios antes de ingresar a la valoración con medico laboral. Este personal debe estar debidamente capacitado y con los elementos de protección propios para la labor.	Se cuenta con los equipos mencionados, el mantenimiento y calibración de los mismos. Al igual con personal idóneo para la atención de los usuarios. Fecha: 9 febrero a 27 de junio Lugar: calle 15# 5-58 centro sede médicos laborales	

			
6	El contratista debe realizar informe general de estado de salud de los funcionarios con recomendaciones.	El medico ocupacional al generar el concepto medico genera las recomendaciones en un formato que les aparece en la plataforma. Fecha: 9 de febrero al 27 de junio Lugar: calle 15# 5-58 centro sede médicos laborales	
7	El contratista será el único responsable del pago de obligaciones y prestaciones sociales del personal que utilice para la ejecución del contrato.	Se realizó el pago de la seguridad social del personal de salud que prestan el servicio. Fecha: mes de febrero, marzo, hasta el 27 de junio Lugar: calle 15# 5-58 centro sede médicos laborales	
8	Teniendo en cuenta el distanciamiento de los diferentes centros de salud de la ESE CEO, para los exámenes ocupacionales periódicos de fin de año coordinar fechas para la atención en los centros de Palmas, Granjas, Canaima a el personal de Planta.	Actividad no ejecutada en este periodo	
9	Entregar a el área de salud ocupacional el reporte de la valoración Médica Ocupacional de los funcionarios atendidos en un término de 5 días en físico y medio magnético.	Los reportes de las valoraciones se encuentran registradas en la plataforma donde pueden ingresar y buscar con numero de cedula o nombre completo. Fecha: 9 de febrero al 27 de junio Lugar: calle 15# 5-58 centro sede médicos laborales	

			
10	Diligenciar en formato de actitud laboral hallazgos físicos, las restricciones, observaciones y recomendaciones	Los datos son registrados en la historia clínica, en formato de concepto médico y recomendaciones. Fecha: 9 de febrero al 27 de junio Lugar: calle 15# 5-58 centro sede médicos laborales	
11	Al personal con calificación por Junta Nacional de Invalidez enfatizar recomendaciones específicas.	Actividad no ejecutada en este periodo	
12	Elaborar con argumentos profesiograma de funcionarios de la empresa	Actividad no ejecutada en este periodo.	
13	Cumplir con las políticas y procedimientos de seguridad establecidas (elementos de protección personal) Por la ESE CEO.	Se cumplió con el porte de elementos de protección personal. Fecha: 9 de febrero al 27 de junio Lugar: calle 15# 5-58 centro sede médicos laborales	

NOMBRE DE FUNCIONARIO	CEDULA	ACTIVIDAD REALIZADA	COSTO
ALMARIO S, MARTHA CECILIA	55157772	Examen médico ocupacional pos-incapacidad ocupacional o laboral con revisión de historia clínica	50.000
BERMEO ANDRADE, ABELARDO	1075226066	Examen médico ocupacional de ingreso con valoración osteomuscular	25.000
		Optometría	16.000
		Paquete de laboratorio clínico perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDH, triglicéridos y glicemia)	35.000
CABRERA ROMERO, MARIA YINETH	36164902	Examen médico ocupacional pos-incapacidad ocupacional o laboral con revisión de historia clínica	50.000
CALISIMA CABALLERO, MARTHA CECILIA	55153181	Prueba cutánea de tuberculina	70.000
DELGADO PERDOMO, GLORIA STELLA	36183440	Examen médico ocupacional de ingreso con valoración osteomuscular	25.000
		Optometría	16.000
		Paquete de laboratorio clínico perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDH, triglicéridos y glicemia)	35.000
DELGADO PERDOMO, GLORIA STELLA	36183440	Examen médico ocupacional de retiro con valoración osteomuscular	25.000
		Examen médico ocupacional de retiro con valoración osteomuscular	25.000
FERNANDEZ TORRES, MARGARITA	26459805	Prueba cutánea de tuberculina	70.000
GARCIA SOLORZANO, RUTH DERY	26477315	Examen médico ocupacional de retiro con valoración osteomuscular	25.000
		Examen médico ocupacional de ingreso con valoración osteomuscular	25.000
		Optometría	16.000

		Paquete de laboratorio clínico perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDH, triglicéridos y glicemia)	35.000
GONZALEZ GUTIERREZ, LILIANA CAROLINA	1075234148	Examen médico ocupacional de ingreso con valoración osteomuscular	25.000
		Optometría	16.000
		Paquete de laboratorio clínico perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDH, triglicéridos y glicemia)	35.000
GUZMAN GUTIERREZ, ELIZABETH	36271179	Examen médico ocupacional de retiro con valoración osteomuscular	25.000
LOAIZA RAMIREZ, ALBA PATRICIA	40772062	Prueba cutánea de tuberculina	70.000
LOSADA GONZALEZ, SENAGUETH	55189642	Prueba cutánea de tuberculina	70.000
MORENO, RUBIANID	36163327	Examen médico ocupacional de ingreso con valoración osteomuscular	25.000
		Paquete de laboratorio clínico perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDH, triglicéridos y glicemia)	35.000
MUÑOZ PAZ, JOSE ANTONIO	12144134	Examen médico ocupacional de retiro con valoración osteomuscular	25.000
NARVAEZ GUTIERREZ, MAGALI	26551597	Prueba cutánea de tuberculina	70.000
OSSA TORRES, GINA CONSTANZA	26430667	Prueba cutánea de tuberculina	70.000
OVIEDO PEREZ, FREIDY	55156459	Prueba cutánea de tuberculina	70.000
PLAZAS ZAMBRANO, MARTHA PATRICIA	55175926	Examen médico ocupacional de retiro con valoración osteomuscular	25.000
		Examen médico ocupacional de ingreso con valoración osteomuscular	25.000

ROJAS ESQUIVEL, MAURICIO	7715792	Optometría	16.000
		Paquete de laboratorio clínico perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDH, triglicéridos y glicemia)	35.000
ROJAS REINA, BECCY ESMERALDA	55172882	Examen médico ocupacional de ingreso con valoración osteomuscular	25.000
		Optometría	16.000
		Paquete de laboratorio clínico perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDH, triglicéridos y glicemia)	35.000
		Prueba cutánea de tuberculina	70.000
SANCHEZ, MARIA CONSTANZA	36184466	Prueba cutánea de tuberculina	70.000
SUAREZ CASTRO, INGRY ALEXANDRA	1075251633	Examen médico ocupacional de retiro con valoración osteomuscular	25.000
TAPIAS GONZALEZ, ISABEL	55154090	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	70.000
VANEGAS HENAO, BRISSA DANIELA	1000456064	Examen médico ocupacional de ingreso con valoración osteomuscular	25.000
		Optometría	16.000
		Paquete de laboratorio clínico perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDH, triglicéridos y glicemia)	35.000
VEGA ALDANA, LINA MARIA	1130592657	Prueba cutánea de tuberculina	70.000
SERRATO SERRATO, ARISMEDY	26476930	Prueba cutánea de tuberculina	70.000
MARIA YINETH CABRERA	36164902	Inspección ergonómica	90.000
ARACELLY MAEZQUITA CORTES	55172237	Análisis de puesto de trabajo	600.000

DURAN RODRIGUEZ, EULOGIO	11380470	Examen médico ocupacional de retiro con valoración osteomuscular	25.000
RIVERA RAMIREZ, OLIVA	36162364	Examen médico ocupacional de retiro con valoración osteomuscular	25.000
RIVERA RAMIREZ, OLIVA	36162364	Examen médico ocupacional de ingreso con valoración osteomuscular	25.000
		Optometría	16.000
		Paquete de laboratorio clínico perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDH, triglicéridos y glicemia)	35.000
PLAZAS, CLARA EUGENIA	55176298	Análisis de puesto de trabajo	600.000
HERNANDEZ, YAMILET	26477223	Análisis de puesto de trabajo	600.000

Observación: Dentro del informe se debe especificar las fechas, el lugar y las actividades desarrolladas, las fotografías presentadas deben ser legibles, la lista de control de Asistencia legible y cualquier tipo de información que se incorpore debe ser clara y precisa.

VALOR DE PERIODO EJECUTADO: TRES MILLONES SETECINETOS VEINTITRD MIL (M/C) ($3.723.000)

Atentamente,

CAMILO ANDRES CORTES MENDES
C.C. 1.075.314.494
Cargo: Representante Legal

MERCEDES PERDOMO OVIEDO
C.C.33.750.842
Cargo: Profesional Seguridad y Salud en el trabajo
Apoyo a la supervisión

ROCIO CORREA LOSADA
Supervisor

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-035173

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: GLORIA STELLA DELGADO PERDOMO
Documento: CC : 36183440
Cargo: TESORERA
Dirección: CR 21 25 52 AP 902 T 2
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Examen de Ingreso
Identificador del concepto: CO-035173
Edad: 58 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3202731598
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/02/12
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:41 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK
C-OPT: Consulta Optometría	Completo

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- MANTENER PESO SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- USO DE GAFAS DE DESCANSO

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO **Observación:** SIN RESTRICCIÓN
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **GLORIA STELLA DELGADO PERDOMO**, identificado con **CC 36183440**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
110855-R0UB2

Firma del trabajador:

GLORIA STELLA DELGADO PERDOMO
CC: 36183440

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-035175

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: GLORIA STELLA DELGADO PERDOMO
Documento: CC : 36183440
Cargo: TESORERA
Dirección: CR 21 25 52 AP 902 T 2
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Examen de Egreso
Identificador del concepto: CO-035175
Edad: 58 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3202731598
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/02/12
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:35 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK
C-OPT: Consulta Optometría	Completo

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- EGRESO SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- **Sin recomendaciones**

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EGRESO SATISFACTORIO **Observación:**
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **GLORIA STELLA DELGADO PERDOMO**, identificado con **CC 36183440**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
110058-ZAG4X

Firma del trabajador:

GLORIA STELLA DELGADO PERDOMO
CC: 36183440

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

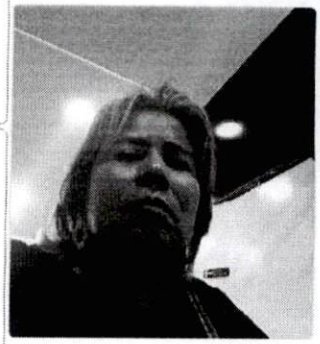
Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CO-037237

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: GLORIA STELLA DELGADO PERDOMO
Documento: CC : 36183440
Cargo: TESORERA
Dirección: CR 21 25 52 AP 902 T 2
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Examen de Egreso
Identificador del concepto: CO-037237
Edad: 58 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3202731598
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/04/10
Fecha de impresión: 2024/07/10 10:07:11 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- NINGUNA

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS
- DIETA BAJA EN GRASAS
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- CONSUMIR FRUTAS Y VERDURAS DIARIAMENTE
- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EGRESO SATISFACTORIO **Observación:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO ADECUADO PARA EL CARGO
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **GLORIA STELLA DELGADO PERDOMO**, identificado con **CC 36183440**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y veridica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

Dr. J. Sebastián Cortés M.
Médico General

JUAN SEBASTIAN CORTES MENDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Tarjeta prof. # LP 331 DE 2022

Código de verificación
116297-E78K0

Firma del trabajador:

GLORIA STELLA DELGADO PERDOMO
CC: 36183440

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

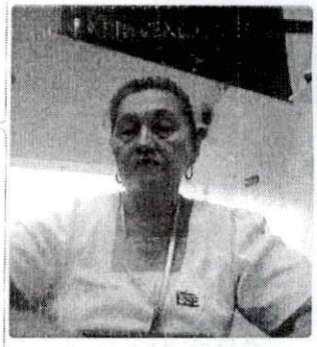
Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CO-035234

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: MARIA YINETH CABRERA ROMERO
Documento: CC : 36164902
Cargo: ENFERMERA JEFE
Dirección: CL 32 # 17B -36
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Post Incapacidad
Identificador del concepto: CO-035234
Edad: 64 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3102710487
Correo:
ARL: Suratep S.A.
Fecha de atención: 2024/02/13
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:13 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
CM-POS: Consulta médico ocupacional posincapacidad	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD, SVE ERGONÓMICO, REVISIÓN PUESTO DE TRABAJO, PUESTO DE TRABAJO ERGONÓMICO, SVE RESPIRATORIO, ESTUDIO DE REUBICACIÓN LABORAL.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR EPS
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- MANTENER PESO SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- USO DE GAFAS PERMANENTES
- SEGUIMIENTO POR EPS

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POS INCAPACIDAD CON RECOMENDACIONES **Observación:** OTRAS RECOMENDACIONES PARA LA TRABAJADORA: USO DE FÉRULAS EN AMBAS MUÑECAS EN LAS NOCHES, USO DE CODERAS BILATERAL DURANTE ACTIVIDADES LABORALES, SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES . SEGUIMIENTO POR EPS, Y ARL SEGÚN CORRESPONDA.
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** CON RESTRICCIONES **Observaciones:** MANIPULACIÓN DE CARGAS BIMANUAL HASTA 1 KG. PAUSAS ACTIVAS ESTRICTAS CADA HORA POR 10 MINUTOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **MARIA YINETH CABRERA ROMERO**, identificado con **CC 36164902**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
110194-NDBGQ

Firma del trabajador:

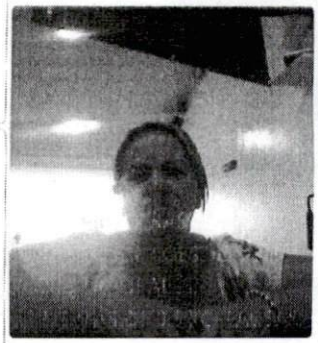
MARIA YINETH CABRERA ROMERO
CC: 36164902

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-035285

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: MARTHA CECILIA ALMARIO S
Documento: CC : 55157772
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección: CLL 20a N 47-11
Zona: Rural
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Post Incapacidad
Identificador del concepto: CO-035285
Edad: 54 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3164481548
Correo: marthalmariio.16@gmail.com
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/02/14
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:48 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
CM-PI: Consulta post incapacidad ocupacional	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD, SVE ERGONÓMICO, PUESTO DE TRABAJO ERGONÓMICO INCLUYENDO MOUSE ERGONÓMICO.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- MANTENER PESO SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- SEGUIMIENTO POR EPS

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POS INCAPACIDAD CON RECOMENDACIONES **Observación:** OTRAS RECOMENDACIONES PARA LA TRABAJADORA: CONTINUAR CONTROLES POR EPS O ARL SEGÚN CORRESPONDA, REALIZAR GESTIÓN DE CALIFICACIÓN DE PCL POR ARL O EPS SEGÚN CORRESPONDA, USO DE CODERA ESTRICTA DURANTE ACTIVIDADES LABORALES.
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** CON RESTRICCIONES **Observaciones:** EVITAR MANIPULACIÓN DE CARGAS DE MÁS DE 0.5 KG. PAUSAS ACTIVAS CADA HORA POR 10 MINUTOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **MARTHA CECILIA ALMARIO S**, identificado con **CC 55157772**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y veridica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clinica sea utilizada para fines estadisticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
110335-HW1D3

Firma del trabajador:

MARTHA CECILIA ALMARIO S
CC: 55157772

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-035241

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: RUTH DERY GARCIA SOLORZANO
Documento: CC : 26477315
Cargo: LIDER AREA COMERCIAL-TESORERIA
Dirección: cll 65a # 1d - 47
Zona: Urbana
EPS: Nueva EPS
Tipo de evaluación: Examen de Egreso
Identificador del concepto: CO-035241
Edad: 56 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3168346420
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/02/14
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:39 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK
C-OPT: Consulta Optometría	Completo

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- EGRESO SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EGRESO SATISFACTORIO **Observación:**
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **RUTH DERY GARCIA SOLORZANO**, identificado con **CC 26477315**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
110214-EJRIE

Firma del trabajador:

RUTH DERY GARCIA SOLORZANO
CC: 26477315

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CO-035243

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: RUTH DERY GARCIA SOLORZANO
Documento: CC : 26477315
Cargo: JEFE COMERCIAL
Dirección: cll 65a # 1d - 47
Zona: Urbana
EPS: Nueva EPS
Tipo de evaluación: Examen de Ingreso
Identificador del concepto: CO-035243
Edad: 56 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3168346420
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/02/14
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:58 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK
C-OPT: Consulta Optometría	Completo

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD, SVE CARDIOVASCULAR.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR EPS
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- MANTENER PESO SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- USO DE GAFAS PERMANENTES

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO **Observación:** SIN RESTRICCIÓN
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES RELEVANTES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **RUTH DERY GARCIA SOLORZANO**, identificado con **CC 26477315**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
110217-0T9QJ

Firma del trabajador:

RUTH DERY GARCIA SOLORZANO
CC: 26477315

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-036278

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: RUBIANID MORENO
Documento: CC : 36163327
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección: CRA 24 NO 11 A - 05
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Cambio de ocupación
Identificador del concepto: CO-036278
Edad: 64 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3192691675
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/03/07
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:57 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD, SVVE CARDIOVASCULAR.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO **Observación:** SIN RESTRICCIÓN
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **RUBIANID MORENO** , identificado con **CC 36163327**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y veridica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clinica sea utilizada para fines estadisticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
113305-XQPPW

Firma del trabajador:

RUBIANID MORENO
CC: 36163327

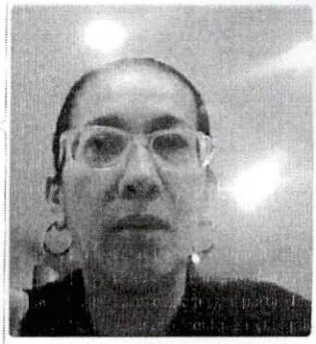
Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-036379

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: BECCY ESMERALDA ROJAS REINA
Documento: CC : 55172882
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección: CORREGIMIENTO DE SAN LUIS
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Examen de Ingreso
Identificador del concepto: CO-036379
Edad: 49 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: B+
Teléfono celular: 3115046394
Correo:
ARL: Suratep S.A.
Fecha de atención: 2024/03/12
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:41 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK
C-OPT: Consulta Optometría	Completo

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- DIETA BAJA EN GRASAS
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- USO DE GAFAS PERMANENTES

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO **Observación:** SIN RESTRICCIÓN
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **BECCY ESMERALDA ROJAS REINA**, identificado con **CC 55172882**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que me realicen el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
113609-Y6LNB

Firma del trabajador:

BECCY ESMERALDA ROJAS REINA
CC: 55172882

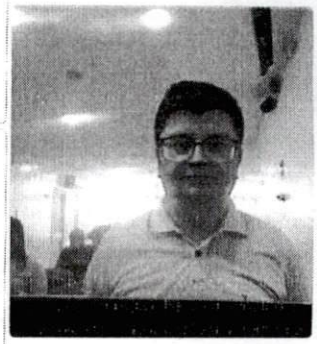
Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-036675

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: ABELARDO BERMEO ANDRADE
Documento: CC : 1075226066
Cargo: SUBGERENTE TÉCNICO CIENTÍFICO
Dirección: CARRERA 9 12 70
Zona: Urbana
EPS: Nueva EPS
Tipo de evaluación: Examen de Ingreso
Identificador del concepto: CO-036675
Edad: 36 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3107342679
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/03/20
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:12 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK
C-OPT: Consulta Optometría	Completo

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- DIETA BAJA EN GRASAS
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- MANTENER PESO SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- USO DE GAFAS PERMANENTES

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO **Observación:** SIN RESTRICCIÓN
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **ABELARDO BERMEO ANDRADE**, identificado con **CC 1075226066**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
114618-WSOFG

Firma del trabajador:

ABELARDO BERMEO ANDRADE
CC: 1075226066

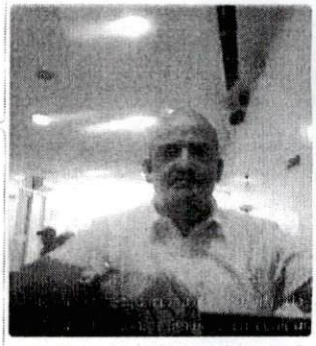
Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-036673

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: MAURICIO ROJAS ESQUIVEL
Documento: CC : 7715792
Cargo: TESORERO
Dirección: CALLE 69A 1D 28
Zona: Urbana
EPS: Nueva EPS
Tipo de evaluación: Examen de Ingreso
Identificador del concepto: CO-036673
Edad: 43 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: A+
Teléfono celular: 3103324553
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/03/20
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:41 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK
C-OPT: Consulta Optometría	Completo

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- DIETA BAJA EN GRASAS
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- USO DE GAFAS PERMANENTES

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO **Observación:** SIN RESTRICCIÓN
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **MAURICIO ROJAS ESQUIVEL**, identificado con **CC 7715792**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
114612-LITLP

Firma del trabajador:

MAURICIO ROJAS ESQUIVEL
CC: 7715792

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CO-036944

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: BRISSA DANIELA VANEGAS HENAO
Documento: CC : 1000456064
Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Dirección: CL 76 C NO 2W - 00
Zona: Urbana
EPS: SANIDAD MILITAR
Tipo de evaluación: Examen de Ingreso
Identificador del concepto: CO-036944
Edad: 23 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3133896016
Correo:
ARL: NO TIENE
Fecha de atención: 2024/04/02
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:11 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK
C-OPT: Consulta Optometría	Completo

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR EPS
- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS
- DIETA BAJA EN GRASAS
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- MANTENER PESO SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- USO DE GAFAS DE DESCANSO

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO **Observación:** SIN RESTRICCIÓN
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **BRISSA DANIELA VANEGAS HENAO**, identificado con **CC 1000456064**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
115401-PFF3M

Firma del trabajador:

BRISSA DANIELA VANEGAS HENAO
CC: 1000456064

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-037176

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: INGRY ALEXANDRA SUAREZ CASTRO
Documento: CC : 1075251633
Cargo: SUBGERENTE TECNICO CIENTIFICA
Dirección: CR 31 14 24
Zona: Urbana
EPS: Nueva EPS
Tipo de evaluación: Examen de Egreso
Identificador del concepto: CO-037176
Edad: 33 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: A+
Teléfono celular: 3168261615
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/04/09
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:44 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- EGRESO SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- **Sin recomendaciones**

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EGRESO SATISFACTORIO **Observación:**
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **INGRY ALEXANDRA SUAREZ CASTRO**, identificado con **CC 1075251633**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
116080-4OWEW

Firma del trabajador:

INGRY ALEXANDRA SUAREZ CASTRO
CC: 1075251633

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-037244

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: MARTHA PATRICIA PLAZAS ZAMBRANO
Documento: CC : 55175926
Cargo: COORDINADORA DE TIC
Dirección: CL 41 A NO 27B - 32 CASA 16 MANZANA C
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Examen de Egreso
Identificador del concepto: CO-037244
Edad: 48 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3014015395
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/04/10
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:46 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- EGRESO SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- SEGUIMIENTO POR EPS

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EGRESO SATISFACTORIO **Observación:**
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **MARTHA PATRICIA PLAZAS ZAMBRANO**, identificado con **CC 55175926**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
116310-JDEUL

Firma del trabajador:

MARTHA PATRICIA PLAZAS ZAMBRANO
CC: 55175926

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

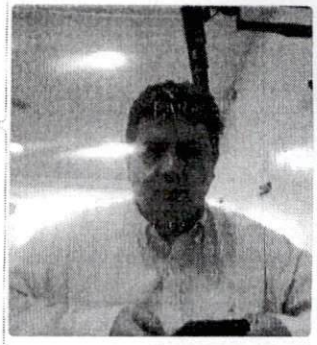
Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CO-037459

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ
Documento: CC : 12144134
Cargo: GERENTE
Dirección: CL 17 46 80
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Examen de Egreso
Identificador del concepto: CO-037459
Edad: 49 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3118991886
Correo:
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/04/18
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:30 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- NINGUNA

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR EPS
- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS
- DIETA BAJA EN GRASAS
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- CONSUMIR FRUTAS Y VERDURAS DIARIAMENTE
- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EGRESO SATISFACTORIO **Observación:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO ADECUADO PARA EL CARGO
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ**, identificado con **CC 12144134**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que me realicen el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

JUAN SEBASTIAN CORTES MENDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Tarjeta prof. # LP 331 DE 2022

Código de verificación
117071-D49PL

Firma del trabajador:

Jos - Antonio Muñoz Paz

JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ
CC: 12144134

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-037478

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: LILIANA CAROLINA GONZALEZ GUTIERREZ
Documento: CC : 1075234148
Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO JEFE TIC
Dirección: CALLE 21 8B 36
Zona: Urbana
EPS: Nueva EPS
Tipo de evaluación: Examen de Ingreso
Identificador del concepto: CO-037478
Edad: 35 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: B+
Teléfono celular: 3134987444
Correo:
ARL: Suratep S.A.
Fecha de atención: 2024/04/19
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:18 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK
C-OPT: Consulta Optometría	Completo

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS
- DIETA BAJA EN GRASAS
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- MANTENER PESO SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- USO DE GAFAS PERMANENTES

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO **Observación:** SIN RESTRICCIÓN
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **LILIANA CAROLINA GONZALEZ GUTIERREZ**, identificado con **CC 1075234148**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadisticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
117104-WQJBX

Firma del trabajador:

LILIANA CAROLINA GONZALEZ GUTIERREZ
CC: 1075234148

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-037564

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: ELIZABETH GUZMAN GUTIERREZ
Documento: CC : 36271179
Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVA
Dirección: CLL 70A N 1c-40
Zona: Urbana
EPS: Nueva EPS
Tipo de evaluación: Examen de Egreso
Identificador del concepto: CO-037564
Edad: 67 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3167484455
Correo:
ARL: Suratep S.A.
Fecha de atención: 2024/04/22
Fecha de impresión: 2024/05/21 10:05:51 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- EGRESO SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- MANTENER PESO SALUDABLE
- SEGUIMIENTO POR EPS

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EGRESO CON HALLAZGOS **Observación:** SEGUIR CONTROLES POR EPS.
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** CON RECOMENDACIONES **Observaciones:** SEGUIR CONTROLES POR EPS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **ELIZABETH GUZMAN GUTIERREZ**, identificado con **CC 36271179**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y veridica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
117370-VFPT8

Firma del trabajador:

ELIZABETH GUZMAN GUTIERREZ
CC: 36271179

Formato F076 Versión 02 del 07/01/2021

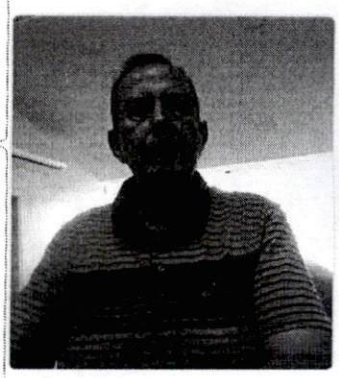
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

OCUPACIONAL

CO-038496

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: EULOGIO DURAN RODRIGUEZ
Documento: CC : 11380470
Cargo: SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
Dirección: CALLE 49 7 70 CASA 9 MANZANA 2
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Examen de Egreso
Identificador del concepto: CO-038496

Edad: 61 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3183400534
Correo:
ARL: NO TIENE
Fecha de atención: 2024/05/17
Fecha de impresión: 2024/06/15 10:06:36 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- NINGUNA

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS
- DIETA BAJA EN GRASAS
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- CONSUMIR FRUTAS Y VERDURAS DIARIAMENTE
- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EGRESO SATISFACTORIO **Observación:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO ADECUADO PARA EL CARGO
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN RESTRICCIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **EULOGIO DURAN RODRIGUEZ**, identificado con **CC 11380470**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

Dr. J. Sebastián Cortés M.
Médico General

JUAN SEBASTIAN CORTES MENDEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Tarjeta prof. # LP 331 DE 2022

Código de verificación
120322-2AVSW

Firma del trabajador:

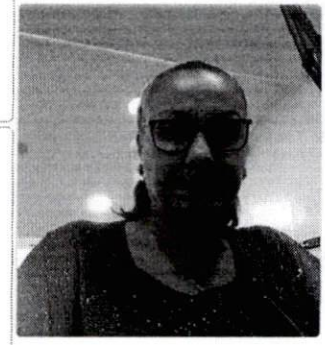
EULOGIO DURAN RODRIGUEZ
CC: 11380470

Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-039760

EMPRESA

Empresa contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
NI : 813005265
Dirección: HOSPITAL CANAIMA CRA 22 CON CALLE 26 SUR
Teléfono celular:
Otros teléfonos: 8631818



DATOS GENERALES

Nombre: OLIVA RIVERA RAMIREZ
Documento: CC : 36162364
Cargo: AUXILIAR AREA DE LA SALUD
Dirección: CL 25B · 45 94
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Examen de Ingreso
Identificador del concepto: CO-039760
Edad: 65 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: B+
Teléfono celular: 3114929138
Correo: ramirezoliva3614@outlook.es
ARL: Positiva
Fecha de atención: 2024/06/27
Fecha de impresión: 2024/07/09 04:07:17 pm

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-LAB: Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
100000: PERFIL LIPIDICO	OK
C-OPT: Consulta Optometría	Completo

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD. SVE ERGONÓMICO.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- MANTENER PESO SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- USO DE GAFAS PERMANENTES

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL CON RECOMENDACIONES **Observación:** CONTINUAR CONTROLES POR EPS DE ACUERDO A SU GRUPO ETÁRIO.
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** CON RECOMENDACIONES **Observaciones:** EVITAR CAMINAR POR TERRENOS IRREGULARES, EVITAR FLEXIÓN DE RODILLAS DE FORMA REPETITIVA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **OLIVA RIVERA RAMIREZ**, identificado con **CC 36162364**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., para que me realicen el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CARLOS MURCIA R.
RM 426/11
1221/16

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016

Código de verificación
124432-VOCC2

Firma del trabajador:

Oliva Rivera Ramirez

OLIVA RIVERA RAMIREZ
CC: 36162364

Asesoría y asistencia técnica en inspecciones a la exposición de factores de riesgo ocupacionales biomecánicos

NOMBRE DEL TRABAJADOR
ARACELLY MAEZQUITA CORTES
C.C. 55.172.237

Estudio realizado mediante contrato de prestación de servicios por:

Nombre del profesional que realizó el estudio
NAIROVIS SILVA FAJARDO
FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Renovación Licencia en S.O 547 de 2022

NEIVA, Febrero 2024

Asesoría y asistencia técnica en inspecciones a la exposición de factores de riesgo ocupacionales biomecánicos

INFORMACIÓN GENERAL

OBJETIVO
Evaluar las condiciones del puesto de trabajo de la funcionaria ARACELLY AMEZQUITA CORTES, identificada (a) con C.C. 55.172.237, quien se desempeña actualmente en el cargo de AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES, la evaluación se realiza en la ESE CARMEN EMILIA OSPINA – Sede Canaima, ubicada en el Municipio de Neiva – Huila; a través de la identificación de las condiciones de peligro biomecánico, donde actualmente se desempeña.
METODOLOGÍA
El presente análisis es de tipo observacional – descriptivo, en el cual se muestran los procesos y biomecánica de cada actividad, para los análisis de puesto de trabajo para determinar la exposición de factores de riesgo ocupacionales biomecánicos. Se realiza visita al puesto de trabajo, a la observación se evidencia un puesto de trabajo Operativo, de carga física media, realizando actividades operativas (Barrer, trapear, limpiar polvo, lavado de baños, preparación de café). El estudio se realiza con la persona que requiere ser evaluada quien actualmente se encuentra activa laboralmente.

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Nombre						ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
NIT	X	CC		CE		No.	813.005.265-7	
Contacto en la empresa:							YAMILE HERNANDEZ LUCUARA	
Cargo							AUXILIAR ADMINISTRATIVA SST	
Teléfono (s)							3202633223	
Ciudad / Municipio							NEIVA	**Departamento** HUILA
DATOS DEL TRABAJADOR								
Nombre							ARACELLY AMEZQUITA CORTES	
Cédula							55.172.237	
Genero							FEMENINO	
Edad							50 AÑOS	
Lateralidad							Diestra	
Fecha de Nacimiento							03 Enero 1974	
Dirección de la Residencia							Calle 14 A # 40 - 35 BARRIO EL VERGEL	
Número telefónico							3106747533	
EPS							NUEVA EPS	
ARL							POSITIVA	
Fondo de Pensión							COLFONDOS	
Puesto de Trabajo donde inicio la Sintomatología							AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	
Puesto de trabajo Actual							AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	
Área de Trabajo							OPERATIVO	
Fecha de ingreso a la empresa							11 Febrero 2019	
Fecha de ingreso al puesto Actual							11 Febrero 2019	
Antigüedad en el cargo actual							5 años	
Segmento corporal comprometido							Hernia Inguinal Bilateral	

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ATEL				
EMPRESA	**AÑO**	**CARGO**	**DIAGNÓSTICO DEL EVENTO**	**SECUELA**
E.S.E Carmen Emilia Ospina	2023	Auxiliar de Servicios Generales	Hernia Inguinal Bilateral	Hernia Inguinal Bilateral

Observaciones: La funcionaria refiere que presento un evento de accidente laboral en marzo del 2023, cuando se encontraba manipulando los insumos para ubicar en bodega, sintió un dolor en la parte ingüinal, informo al responsable de SST en ese momento y la direcciono por urgencias, pero la funcionaria refiere que la persona encargada no reporto ante la ARL el evento, por lo tanto esta siendo manejada por EPS.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES				
Empresa	**Cargo**	**Funciones/Tareas**	**Tiempo**	
			Fecha	**Duración**
ESE CARMEN EMILIA OSPINA	Auxiliar de Servicios generales	Realizar limpieza y desinfección de las diferentes áreas de la empresa cliente con actividades (barrer, trapear, lavar baños, limpiar polvo)	11 Febrero 2019	5 AÑOS
ALCALDIA DE NEIVA	Auxiliar de Servicios generales	Realizar limpieza y desinfección de las diferentes áreas de la empresa cliente con actividades (barrer, trapear, lavar baños, limpiar paredes y techos, limpiar polvo, lavado de pisos)	No refiere fecha exacta	3 AÑOS

Observaciones: Ninguna

ACTIVIDADES EXTRALABORES	
Deportes:	No realiza
Pasatiempos:	Compartir en familia
Hogar:	Refiere realizar preparación de alimentos
Otros :	Ninguno

OBJETIVO DEL CARGO

El cargo que desempeña actualmente es el de AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES, desarrollando las actividades propias del cargo, con tareas de Barrer, trapear, limpiar polvo, lavado de baños.

DESCRIPCION PROCESO

Las funciones propias del cargo, se encuentran distribuidas de la siguiente manera:

ACTIVIDADES PRINCIPALES

Barrer

En el desarrollo de esta actividad manipula escoba y recogedor con escobero en madera, por donde pasa por cada área barriendo y recogiendo la basura que de allí sale, la deposita en una bolsa que esta puesta en una caneca, al terminar el proceso de barrido se dirige y deposita en una caneca lo que lleva en la bolsa, y allí da por terminada esa actividad, el número de veces que realiza la actividad es variable de acuerdo a la necesidad.

Trapear:

En el desarrollo de esta actividad, se dirige a las áreas correspondientes para trapear, utilizando un trapeador con escobero en madera, cada vez que termine de trapear, se dirige al punto de lavado del trapero y nuevamente continua con la tarea, hasta terminar todas las áreas que le corresponden, este proceso de escurrir el trapero lo hace de manera manual.

Limpiar Polvo:

En el desarrollo de esta actividad, manipula una bayetilla y asea las mesas, los computadores, de los puestos de trabajo.

Lavado de baños: Realizar el lavado de baños de las áreas que le corresponden, se hacen todos los días, pero el número de veces varía de acuerdo a la necesidad del día; para esta actividad manipula churrusco, zabra, y desinfectantes, al terminar el lavado procede con el trapeador a secar el área.

ACTIVIDADES SECUNDARIAS

Preparación y servido de tinto

La tarea consiste preparar el tinto en una greca, y posteriormente servirlo en los vasos para repartirlos por los funcionarios del área administrativa en cada puesto de trabajo, el traslado lo hace en un carrito con rodachines y lleva todos los vasos servidos.

Organización de insumos

La tarea consiste en organizar en la bodega los insumos que llegan de inventario para el desarrollo de las tareas propias del cargo, en la actividad realiza manipulación de carga y ubica en stand, con altura superiores por encima de la cabeza.

DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO

ACTIVIDADES OPERATIVAS: Funcionaria realiza trabajo Operativo, en campo cerrado, terreno estable sin niveles, donde debe desplazarse por las diferentes áreas en cumplimiento de las funciones, con carga física media.

RITMO

El trabajador puede elegir el ritmo de trabajo	SI	El trabajador puede elegir la cadencia de trabajo	SI	El trabajador puede elegir sus periodos de descanso	SI

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Registro Fotográfico:

- **Barrer**




Análisis Biomecánico:

Trabajadora adquiere posición bípeda, para la tarea de barrido realiza movimiento en cuello de flexión de 20°, rotación de cuello de 10°, acompañado de inclinaciones; movimientos en tronco entre 10°a 30°; en miembro superior derecho realiza flexión de hombro de 10° a 120°; abducción entre 5° a 70°, aducción entre 20° a 0°; en codo realiza flexión entre 10° a 120°, extensión total, antebrazo en pronación entre 10° a 80°, supinación entre 10° a 80°, flexión de muñeca entre 5° a 25°, extensión entre 20° a 0°; flexión de las metacarpo falángicas entre 5° a 15°, agarre a mano llena y tubular; En miembro superior izquierdo realiza flexión de hombro de 10° a 140°; abducción entre 5° a 70°, aducción entre 20° a 0°; en codo realiza flexión entre 10° a 120°, extensión total, antebrazo en pronación entre 10° a 80°, supinación entre 10° a 80°, flexión de muñeca entre 5° a 25°, extensión entre 20° a 0°; flexión de las metacarpo falángicas entre 5° a 15°, agarre a mano llena y tubular; en miembro inferior los movimientos son en cadencia con desplazamientos.

Registro Fotográfico:

- **Trapear y lavado de trapero**




Análisis Biomecánico:

Trabajadora adquiere posición bípeda, para la tarea de trapeado realiza movimiento en cuello de flexión de 20°, rotación de cuello de 10°, acompañado de inclinaciones; en miembro superior derecho realiza flexión de hombro de 10° a 120°; abducción entre 5° a 70°, aducción entre 30° a 0°; en codo realiza flexión entre 10° a 120°, extensión total, antebrazo en pronación entre 10° a 80°, supinación entre 10° a 80°, flexión de muñeca entre 5° a 25°, extensión entre 20° a 0°; flexión de las metacarpo falángicas entre 5° a 15°, agarre a mano llena, tubular, con actividad de torsión en manos, para exprimir el trapero; En miembro superior izquierdo realiza flexión de hombro de 10° a 120°; abducción entre 5° a 70°, aducción entre 20° a 0°; en codo realiza flexión entre 10° a 120°, extensión total, antebrazo en pronación entre 10° a 80°, supinación entre 10° a 80°, flexión de muñeca entre 5° a 25°, extensión entre 20° a 0°; flexión de las metacarpo falángicas entre 5° a 15°, agarre a mano llena, tubular con actividad de torsión en manos para exprimir el trapero. En miembro inferior realiza flexión de cadera entre 5° a 50°, flexión de rodilla entre 5° a 30°, acompañado de desplazamientos, agaches.

Registro Fotográfico:

- <u>Lavado de Baños</u>

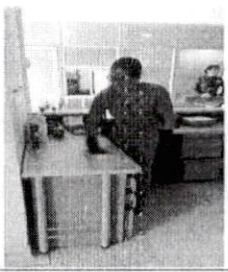


Análisis Biomecánico:

Funcionaria adquiere postura bípeda, en las actividades desarrolladas realiza flexión de cuello de 5° a 15° con inclinación al lado derecho de 15° acompañada de rotación; En Miembro Superior Derecho realiza flexión de hombro de 10° a 90°, abducción de hombro de 10° a 70°, aducción de 40° a 0°, flexión de codo de 10° a 100°, extensión total de codo en algunas ocasiones que la tarea lo amerita, flexión de muñeca de 15° a 25°, extensión de muñeca de 10° a 20°; flexión de las metacarpo falángicas de 10° a 20°, agarre a mano llena; En Miembro Superior Izquierdo realiza flexión de hombro de 10° a 50°, abducción de hombro de 10° a 70°, aducción de 20° a 0°, flexión de codo de 10° a 90°, extensión total de codo en algunas ocasiones que la tarea lo amerita, flexión de muñeca de 15° a 20°, extensión de muñeca de 10° a 15°; flexión de las metacarpo falángicas de 10° a 20°, agarre a mano llena. En miembro inferior realiza flexión de cadera de 10° a 50°; flexión de rodilla de 10° a 40°, extensión de rodilla total; cuello de pie en neutro cuando está en posición bípeda estática y ángulos en dorsiflexión y plantiflexión cuando realiza desplazamientos.

Registro Fotográfico:

- <u>Limpiar polvo</u>





Análisis Biomecánico:

Funcionaria adquiere postura bípeda, en las actividades desarrolladas realiza flexión de cuello de 5° a 15° con inclinación al lado derecho de 15° acompañada de rotación; En Miembro Superior Derecho realiza flexión de hombro de 10° a 120°, abducción de hombro de 10° a 90°, aducción de 40° a 0°, flexión de codo de 10° a 100°, extensión total de codo en algunas ocasiones que la tarea lo amerita, flexión de muñeca de 15° a 25°, extensión de muñeca de 10° a 20°; flexión de las metacarpo falángicas de 10° a 20°, agarre a mano llena; En Miembro

Superior Izquierdo realiza flexión de hombro de 10° a 90°, abducción de hombro de 10° a 70°, aducción de 20° a 0°, flexión de codo de 10° a 90°, extensión total de codo en algunas ocasiones que la tarea lo amerita, flexión de muñeca de 15° a 20°, extensión de muñeca de 10° a 15°; flexión de las metacarpo falángicas de 10° a 20°, agarre a mano llena. En miembro inferior los movimientos son en cadencia con desplazamientos.

Registro Fotográfico:

- **Preparación y servido de tintos**

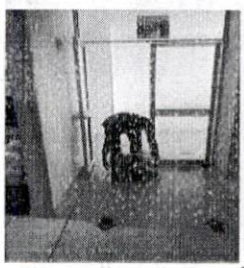



Análisis Biomecánico:

Funcionaria adquiere postura bípeda, en las actividades desarrolladas realiza flexión de cuello de 5° a 15° con inclinación al lado derecho de 15° acompañada de rotación; En Miembro Superior Derecho realiza flexión de hombro de 10° a 120°, abducción de hombro de 10° a 40°, aducción de 40° a 0°, flexión de codo de 10° a 90°, extensión total de codo en algunas ocasiones que la tarea lo amerita, flexión de muñeca de 15° a 25°, extensión de muñeca de 10° a 20°; flexión de las metacarpo falángicas de 10° a 20°, agarre a mano llena; En Miembro Superior Izquierdo realiza flexión de hombro de 10° a 50°, abducción de hombro de 10° a 30°, aducción de 20° a 0°, flexión de codo de 10° a 90°, extensión total de codo en algunas ocasiones que la tarea lo amerita, flexión de muñeca de 15° a 20°, extensión de muñeca de 10° a 15°; flexión de las metacarpo falángicas de 10° a 20°, agarre a mano llena. En miembro inferior los movimientos son en cadencia con desplazamientos.

Registro Fotográfico:

- **Organización de insumos**





Análisis Biomecánico:

Funcionaria adquiere postura bípeda, en las actividades desarrolladas realiza flexión de cuello de 5° a 15°, tronco con flexión de 30°; En Miembro Superior Derecho realiza flexión de hombro de 10° a 60°, abducción de hombro de 10° a 50°, aducción de 40° a 0°, flexión de codo de 10° a 100°, extensión total de codo en algunas ocasiones que la tarea lo amerita, flexión de muñeca de 15° a 25°, extensión de muñeca de 10° a 20°; flexión de las metacarpo falángicas de 10° a 20°, agarre a mano llena; En Miembro Superior Izquierdo realiza flexión de hombro de 10° a 50°, abducción de hombro de 10° a 70°, aducción de 20° a 0°, flexión de codo de 10° a 90°, extensión total de codo en algunas ocasiones que la tarea lo amerita, flexión de muñeca de 15° a 20°, extensión de muñeca de 10° a 15°; flexión de las metacarpo falángicas de 10° a 20°, agarre a mano llena. En miembro inferior realiza flexión de cadera de 10° a 90°; flexión de rodilla de 10° a 70°, extensión de rodilla total; cuello de pie en neutro cuando está en posición bípeda estática y ángulos en dorsiflexión y plantiflexión cuando realiza desplazamientos.

1.4 Duración:

TIEMPO:

Tarea	Periodos de Descansos	Ciclo de trabajo por operación	Frecuencia de la operación	Porcentaje en la Jornada laboral
Barrer	No hay tiempo estipulado	2 horas	Frecuentemente	30%
trapear	No hay tiempo estipulado	2 hora	Frecuentemente	30%
Limpiar polvo	No hay tiempo estipulado	1 hora	Frecuentemente	15%
Lavado de baños	No hay tiempo estipulado	1 Hora	Frecuentemente	10%
Preparación y distribución de tintos	No hay tiempo estipulado	2 hora	Frecuentemente	5%
Organización de insumos	No hay tiempo estipulado		Ocasionalmente	10%

Observaciones: Las actividades descritas anteriormente, en su frecuencia y ciclos de trabajo, varían de acuerdo a la necesidad.

MAQUINAS HERRAMIENTAS Y UTENSILIOS					
NOMBRE	**ESTADO**	**FORMA DE MANIPULACIÓN**	**CARACTERÍSTICAS GENERALES**		
			PESO	**FORMA**	**MEDIDA**
Escoba	Bueno	Bimanual, agarre de precisión.	N.A	Lineal	
Trapeador	Bueno	Bimanual, agarre a mano llena	N.A	Lineal	
Bayetilla	Bueno	Unimanual, agarre a mano llena	N.A	Lineal	
Balde	Bueno	Unimanual, agarre a mano llena	N.A	Lineal	
Recogedor	Bueno	Unimanual, agarre a mano llena	N.A	Lineal	

MATERIALES				
NOMBRE	**PESO**	**FORMA**	**MEDIDA**	**FORMA DE MANIPULACION**
Insumos	25 Kg	Lineal		Manual

MANIPULACIÓN DE CARGAS								
ACTIVIDAD	**DESCRIPCIÓN**	**ELEMENTO**	**PESO**	**ALTURA DE CARGUE**	**ALTURA DE DESCARGUE**	**USO DE AYUDAS MECANICAS**	**FRECUENCIA**	**DURACIÓN**
Organización de insumos	Cargue de insumos a los stands, área de bodega	Insumos varios	5 Kg hasta 25 Kg	De piso a 50 cm	De piso a 50 cm	No aplica	Ocasionalmente	El tiempo varia, entre 30 minutos y 1 hora

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
ELEMENTOS	**FORMA DE USO**	**TIEMPO DE USO**	**ESTADO**
Guantes	Diario	El que requiera la actividad	Bueno

ASPECTOS ORGANIZACIONALES	
HORARIO DE TRABAJO	**Lunes a Jueves** 06:00 am A 03:00 pm **Viernes** 06:00 am A 02:00 pm **Sábado, domingo y festivos descansa**
DURACIÓN	9 horas diarias

DESCANSO	
TIEMPO TOTAL	44 Horas semanales
DISTRIBUCIÓN	No hay tiempo establecido dentro de la jornada laboral para descanso, pero la trabajadora puede tomar el descanso para sus actividades básicas.
OBSERVACIÓN	La funcionaria refiere que pueden tomar un receso de pausas activas, cuando crea conveniente.

ASPECTO CONFORT AMBIENTAL				
ASPECTO	SI	NO	FUENTE	OBSERVACIONES
ASPECTO LUMINICO	x			
ASPECTO SONORO	x			
ASPECTO TERMICO	x			
VIBRACIÓN	N.A	N.A		
ORDEN Y ASEO	x			

CONCLUSIONES

Se llevó a cabo estudio del puesto de trabajo de la señora **ARACELLY AMEZQUITA CORTES**, identificada con C.C. **55.172.237**, quien se desempeña en el cargo de AUXILIAR DE SERVCIIOS GENERALES, desde el 11 de Febrero de 2019.

La Funcionaria refiere realizar tareas en el Hogar, en preparación de alimentos, presenta antecedente de Un accidente laboral por manipulación de cargas, presentando Hernia Inguinal, pero este evento no fue reportado ante la ARL por la persona encargada de SST en el momento, por lo tanto, está siendo manejada la patología por EPS.

La señora **ARACELLY AMEZQUITA CORTES**, se encuentra actualmente vinculada y laborando con la empresa desarrollando las actividades propias del cargo como Auxiliar de Servicios generales. Se realiza análisis a través de la observación de las actividades propias del cargo, con el apoyo de registro fotográfico para el análisis biomecánico.
Durante la ejecución de las actividades se observa que la funcionaria efectúa el mayor porcentaje de sus funciones en posición bípeda, con carga postural dinámica, realizando desplazamientos frecuentemente en el área de Urgencias donde se prestan los servicios.
Las actividades las ejecutan normalmente en planos horizontales dentro de la zona óptima de alcance, efectúa labores que requieren Movimientos predominantes en Miembro Superior Derecho e Izquierdo.
La manipulación del elemento de trabajo, se llevan a cabo generalmente en forma bimanual.
Al indagar sobre las actividades desarrolladas por el trabajador durante su jornada laboral, se evidencia que predomina la actividad de barrer, trapear, lavado de baños y limpiar polvo del 80% de su jornada laboral.
La funcionaria ejecuta movimientos en cuello y tronco generando flexión, inclinación y rotaciones, en Miembros Superiores se genera flexión y abducción de hombro, flexión y extensión de codos, flexión y extensiones de muñeca de articulaciones metacarpo falángicas e interfalángicas, desviaciones a nivel radial y cubital, los movimientos en ocasiones son efectuadas por fuera de los ángulos de confort articular.

Realizado por

NAIROVIS SILVA FAJARDO
C.C. 36.3131.171 NEIVA- HUILA
FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN GERENCIA SALUD OCUPACIONAL
Renovación Lic. 547/2022

Asesoría y asistencia técnica en inspecciones a la exposición de factores de riesgo ocupacionales biomecánicos

NOMBRE DEL TRABAJADOR
YAMILET HERNANDEZ
C.C. 26.477.223

Estudio realizado mediante contrato de prestación de servicios por:

Nombre del profesional que realizó el estudio
NAIROVIS SILVA FAJARDO
FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Renovación Licencia en S.O 547 de 2022

NEIVA, Junio 2024

Asesoría y asistencia técnica en inspecciones a la exposición de factores de riesgo ocupacionales biomecánicos

INFORMACIÓN GENERAL

OBJETIVO
Evaluar las condiciones del puesto de trabajo de la funcionaria YAMILE HERNANDEZ, identificada (a) con C.C. 26. 477.223 quien se desempeña actualmente en el cargo de AUXILIAR ADMINISTRATIVA, la evaluación se realiza en la ESE CARMEN EMILIA OSPINA – Sede Canaima, ubicada en el Municipio de Neiva – Huila; a través de la identificación de las condiciones de peligro biomecánico, donde actualmente se desempeña.
METODOLOGÍA
El presente análisis es de tipo observacional – descriptivo, en el cual se muestran los procesos y biomecánica de cada actividad, para los análisis de puesto de trabajo para determinar la exposición de factores de riesgo ocupacionales biomecánicos. Se realiza visita al puesto de trabajo, a la observación se evidencia un puesto de trabajo Administrativo, de carga física media, realizando actividades administrativas. El estudio se realiza con énfasis osteomuscular en miembros superiores.

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Nombre						ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
NIT	X	CC		CE		No.	813.005.265-7	
Contacto en la empresa:						YAMILE HERNANDEZ LUCUARA		
Cargo						AUXILIAR ADMINISTRATIVA SST		
Teléfono (s)						3202633223		
Ciudad / Municipio						NEIVA	**Departamento**	HUILA
DATOS DEL TRABAJADOR								
Nombre						YAMILE HERNANDEZ LUCUARA		
Cédula						26477223		
Genero						FEMENINO		
Edad						58 AÑOS		
Lateralidad						Diestra		
Fecha de Nacimiento						24 SEPTIEMBRE DE 1965		
Dirección de la Residencia						CARRERA 21 # 25 – 52 SUR		
Número telefónico						3202633223		
EPS						NUEVA EPS		
ARL						POSITIVA		
Fondo de Pensión						COLPENSIONES		
Puesto de Trabajo donde inicio la Sintomatología						AUXILIAR ADMINISTRATIVA		
Puesto de trabajo Actual						AUXILIAR ADMINISTRATIVA		
Área de Trabajo						ADMINISTRATIVA		
Fecha de ingreso a la empresa						20 Septiembre 2007		
Fecha de ingreso al puesto Actual						20 Septiembre 2007		
Antigüedad en el cargo actual						16 años y 9 meses		
Segmento corporal comprometido						SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO BILATERAL		

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ATEL				
EMPRESA	**AÑO**	**CARGO**	**DIAGNÓSTICO DEL EVENTO**	**SECUELA**
NO APLICA				
Observaciones:				

ANTECEDENTES OCUPACIONALES				
Empresa	**Cargo**	**Funciones/Tareas**	**Tiempo**	
			Fecha	**Duración**
E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Realiza tareas administrativas con digitación frecuente: (Realiza informes, generar certificados, liquidación de contratos, elaboración de actas de terminación de contratos, certificaciones de cumplimiento, archivo de certificaciones medicas laborales en la carpeta de cada funcionario)	Septiembre 2007	15 años

OBJETIVO DEL CARGO

Evaluar las condiciones del puesto de trabajo de la señora YAMILET HERNANDEZ LUCUARA con CC. 26.477.223, trabajadora de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA, en el cargo de Auxiliar Administrativa, a través de la identificación de las condiciones organizacionales, biomecánicas y fisiológicas.

DESCRIPCION DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Descripción del puesto de trabajo: Plano de trabajo estable, escritorio en L, en madera tiene 75 cm de altura, 60 cm de profundidad y 1.80 mt de largo, con espacio suficiente para la movilidad de las extremidades bajo el escritorio.El computador que uso es de mesa, que ubica en el ángulo del escritorio frente al trabajador, pantalla lineal con el ángulo visual a la altura de la trabajadora, el teclado y mouse se encuentran al mismo nivel, el apoyo de antebrazos en el escritorio es óptimo.
Para el desarrollo de las actividades utiliza silla dinámica, con mecanismos de ajustes, acolchonado en espaldar y asiento y rodachines en buenas condiciones.

Descripción Tareas Administrativas: Las tareas realizadas son de trabajo administrativo (Realiza informes, generar certificados, liquidación de contratos, elaboración de actas de terminación de contratos, certificaciones de cumplimiento, archivo de certificaciones medicas laborales en la carpeta de cada funcionario, recepción de llamadas), las tareas son realizadas dependiendo de los requerimientos, diariamente son trabajos que incluyen digitación permanentemente, con ciclos alternos en las diferentes tareas.
Ocasionalmente manipula el archivo, donde guarda en las carpetas de los funcionarios los documentos pertinentes a certificados médicos laborales y otros según el requerimiento.

Características de los insumos:

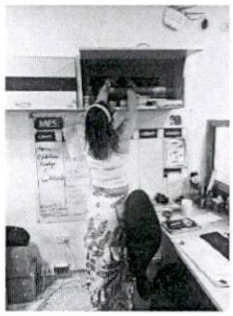
Cosedora
Saca ganchos
Perforadora
Teléfono
Lapicero
Carpetas

Actividad	% Acción en la jornada.	Segmento	Descripción Movimiento	Grados		Fuerza		% tiempo de acción en esa postura real	
				Der	izq.	Der	Izq.	Der	Izq.
USO DE VIDEO TERMINAL (mouse y teclado)	80%	COLUMNA CERVICAL	Flexión	15°	15°	No	No	50%	50%
			Extensión	No	No	NA	NA	NA	NA
			Rotaciones	0-20°	0-20°	NA	NA	20%	20%
			Inclinación	20°	20°	NA	NA	5%	5%
		HOMBRO	Reposo – Neutro	0	0	No	No	NA	NA
			Flexión	0-45	0-25	No	No	90%	80%
			Extensión	0	0	No	No	**0%**	0%
			Abducción	0-20	0-10	No	No	40%	20%
			Aducción	0	0	No	No	0%	0%
			Rotación Interna	0	0	No	No	0%	0%
			Rotación Externa	0	0	No	No	0%	0%
		CODO	Reposo Neutr	0	0	No	No		
			Flexión	0-90	0- 90	No	No	80%	80%
			Extensión	0	0	No	No	0%	0%
		ANTEBRAZ	Reposo – Neutro	0	0	No	No	NA	NA
			Pronación	0-90	0-90	No	No	80%	80%
			Supinación	0	0	No	No	0%	0%
		MUÑECA	Reposo Neutr	0	0	No	No	0%	0%
			Flexión	0-25	0-25	No	No	40%	40%
			Extensión	0-30	0-30	No	No	60%	60%
			Desviación Cubital	0-20°	0-20°	No	No	20%	20%
			Desviación radial	0-30°	0-30°	No	No	30%	40%
		AGARRE DEDOS	Circular a mano llena	SI	SI	No	No	10%	10%
			Trípode	No	No	No	No	0%	0%
			Termino terminal	No	No	No	No	0%	0%
			Latero lateral	No	No	No	No	0%	0%

Actividad	% Acción en la jornada.	Segmento	Descripción Movimiento	Grados		Fuerza		% tiempo de acción en esa postura real	
				Der	izq.	Der	Izq.	Der	Izq.
Manejo de archivo	13%	COLUMNA CERVICAL	Flexión	15°	15°	No	No	10%	10%
			Extensión	15°	15°	NA	NA	10%	10%
			Rotaciones	0-20°	0-20°	NA	NA	10%	10%
			Inclinación	20°	20°	NA	NA	5%	5%
		HOMBRO	Reposo – Neutro	0	0	No	No	NA	NA
			Flexión	0-120	0-120	No	No	50%	50%
			Extensión	0	0	No	No	**0%**	0%
			Abducción	0-60	0-40	No	No	20%	20%
			Aducción	0	0	No	No	0%	0%
			Rotación Interna	0	0	No	No	0%	0%
			Rotación Externa	0	0	No	No	0%	0%
		CODO	Reposo Neutro	0	0	No	No		
			Flexión	0-120	0-120	No	No	30%	30%
			Extensión	0	0	No	No	0%	0%
		ANTEBRAZ	Reposo – Neutro	0	0	No	No	NA	NA
			Pronación	0-90	0-90	No	No	80%	80%
			Supinación	0	0	No	No	0%	0%
		MUÑECA	Reposo Neutro	0	0	No	No	0%	0%
			Flexión	0-25	0-25	No	No	40%	40%
			Extensión	0-30	0-30	No	No	60%	60%
			Desviación Cubital	No	No	No	No	0%	0%
			Desviación radial	No	No	No	No	0%	0%
		AGARRE DEDOS	Circular a mano llena	SI	SI	No	No	10%	10%
			Trípode	SI	SI	No	No	15%	15%
			Termino terminal	No	No	No	No	0%	0%
			Latero lateral	No	No	No	No	0%	0%





RITMO					
El trabajador puede elegir el ritmo de trabajo	SI	El trabajador puede elegir la cadencia de trabajo	SI	El trabajador puede elegir sus periodos de descanso	SI

ACTIVIDAD	Tiempo en minutos	% del totalde la jornadalaboral
Uso de Video Terminal (uso de mouse y teclado)	360	80%
Manejo de Archivo	120	13%
Descansos (Tiempo inactivo y nooficial)	60	7%
TOTAL	**540**	**100%**

ASPECTOS ORGANIZACIONALES	
HORARIO DE TRABAJO	**Lunes a Jueves** 06:00 am A 03:00 pm **Viernes** 06:00 am A 02:00 pm **Sábado, domingo y festivos descansa**
DURACIÓN	9 horas diarias
DESCANSO	
TIEMPO TOTAL	44 Horas semanales
PERIODOS DE DESCANSO POR DIA	Oficial: 30 minutos (15 minutos en cada jornada) No oficial: 20 minutos Tiempo muerto: 10 minutos **Total descansos: 60 minutos**
OBSERVACIÓN	La funcionaria refiere que pueden tomar un receso de pausas activas, cuando crea conveniente.

ASPECTO CONFORT AMBIENTAL				
ASPECTO	SI	NO	FUENTE	OBSERVACIONES
ASPECTO LUMINICO	x			
ASPECTO SONORO	x		RUIDO CONVERSACIONAL	
ASPECTO TERMICO	x		AIRE ACONDICIONADO	
VIBRACIÓN	N.A	N.A		
ORDEN Y ASEO	x		ADECUADO	

MANIPULACIÓN DE CARGAS								
ACTIVIDAD	**DESCRIPCIÓN**	**ELEMENTO**	**PESO**	**ALTURA DE CARGUE**	**ALTURA DE DESCARGUE**	**USO DE AYUDAS MECANICAS**	**FRECUENCIA**	**DURACIÓN**
NO APLICA								

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
ELEMENTOS	**FORMA DE USO**	**TIEMPO DE USO**	**ESTADO**
NO APLICA			

TIPO DE PROCESO	
MECANICO	X
MANUAL	
SEMIAUTOMATICO	
AUTOMATICO	
MIXTO	

Realizado por



NAIROVIS SILVA FAJARDO
C.C. 36.3131.171 NEIVA- HUILA
FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN GERENCIA SALUD OCUPACIONAL
Renovación Lic. 547/2022

Asesoría y asistencia técnica en inspecciones a la exposición de factores de riesgo ocupacionales biomecánicos

NOMBRE DEL TRABAJADOR
CLARA EUGENIA PLAZAS
C.C. 55.176.298

Estudio realizado mediante contrato de prestación de servicios por:

Nombre del profesional que realizó el estudio
NAIROVIS SILVA FAJARDO
FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Renovación Licencia en S.O 547 de 2022

NEIVA, Junio 2024

Asesoría y asistencia técnica en inspecciones a la exposición de factores de riesgo ocupacionales biomecánicos

INFORMACIÓN GENERAL

OBJETIVO
Evaluar las condiciones del puesto de trabajo de la funcionaria CLARA EUGENIA PLAZAS, identificada (a) con C.C. 55.176.298 quien se desempeña actualmente en el cargo de AUXILIAR ADMINISTRATIVA, la evaluación se realiza en la ESE CARMEN EMILIA OSPINA – Sede las Palmas, ubicada en el Municipio de Neiva – Huila; a través de la identificación de las condiciones de peligro biomecánico, donde actualmente se desempeña.
METODOLOGÍA
El presente análisis es de tipo observacional – descriptivo, en el cual se muestran los procesos y biomecánica de cada actividad, para los análisis de puesto de trabajo para determinar la exposición de factores de riesgo ocupacionales biomecánicos. Se realiza visita al puesto de trabajo, a la observación se evidencia un puesto de trabajo Administrativo, de carga física media, realizando actividades administrativas. El estudio se realiza con énfasis osteomuscular en miembros superiores.

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Nombre						ESE CARMEN EMILIA OSPINA		
NIT	X	CC		CE		No.	813.005.265-7	
Contacto en la empresa:							CLARA EUGENIA PLAZAS	
Cargo							AUXILIAR ADMINISTRATIVA	
Teléfono (s)							316252498	
Ciudad / Municipio							NEIVA	**Departamento** HUILA
DATOS DEL TRABAJADOR								
Nombre							CLARA EUGENIA PLAZAS	
Cédula							55.176.298	
Genero							FEMENINO	
Edad							48 AÑOS	
Lateralidad							Diestra	
Fecha de Nacimiento							02 MARZO DE 1976	
Dirección de la Residencia							CARRERA 15 E # 1 C 40	
Número telefónico							316252498	
EPS							NUEVA EPS	
ARL							POSITIVA	
Fondo de Pensión							COLPENSIONES	
Puesto de Trabajo donde inicio la Sintomatología							AUXILIAR ADMINISTRATIVA	
Puesto de trabajo Actual							AUXILIAR ADMINISTRATIVA	
Área de Trabajo							ADMINISTRATIVA	
Fecha de ingreso a la empresa							15 Abril 2003	
Fecha de ingreso al puesto Actual							Junio 2024 (Cambio de sede)	
Antigüedad en el cargo actual de tareas Administrativas							19 años	
Diagnósticos							EPICONDILITIS LATERAL DERECHO SINDROME MANGUITO ROTADOR IZQUIERDO BURSITIS DE HOMBRO IZQUIERDO	

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ATEL				
EMPRESA	**AÑO**	**CARGO**	**DIAGNÓSTICO DEL EVENTO**	**SECUELA**
NO APLICA				
Observaciones:				

ANTECEDENTES OCUPACIONALES				
Empresa	**Cargo**	**Funciones/Tareas**	**Tiempo**	
			Fecha	**Duración**
E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Realiza tareas administrativas con digitación frecuente: (Realiza informe semanal de la infraestructura de las sedes palmas, 7 agosto y Eduardo Santos, Realiza ronda en el área de urgencias y consulta externa, Realizar pedidos de los insumos de aseo y cafetería, de las sedes de palmas, 7 de agosto y Eduardo Santos, reporte por la plataforma de Simad las necesidades de los servicios de cada una de las sedes, reporte de requerimientos de la agremiación de los profesionales agremiados que laboran en la sede de la ESE de Palmas, 7 de agosto y Eduardo Santos)	Año 2005	19 años
E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA	AUXILIAR DE VACUNACION	Apoyo en área de PYP en vacunación	Año 2003	2 años

OBJETIVO DEL CARGO

Evaluar las condiciones del puesto de trabajo de la señora CLARA EUGENIA PLAZAS con CC. 55.176.298, trabajadora de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA – Sede Palmas, en el cargo de Auxiliar Administrativa, a través de la identificación de las condiciones organizacionales, biomecánicas y fisiológicas.

DESCRIPCION DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Descripción del puesto de trabajo: Plano de trabajo estable, escritorio en L, en madera tiene 75 cm de altura, 60 cm de profundidad y 1.80 mt de largo, con espacio suficiente para la movilidad de las extremidades bajo el escritorio.El computador que uso es de mesa, frente al trabajador, pantalla lineal con el ángulo visual a la altura de la trabajadora, el teclado y mouse se encuentran al mismo nivel, el apoyo de antebrazos en el escritorio es óptimo.
Para el desarrollo de las actividades utiliza silla dinámica, con mecanismos de ajustes, acolchonado en espaldar y asiento y rodachines en buenas condiciones.

Descripción Tareas Administrativas: Las tareas realizadas son de trabajo administrativo (Realiza informe semanal de la infraestructura de las sedes palmas, 7 agosto y Eduardo Santos, Realiza ronda en el área de urgencias y consulta externa, Realizar pedidos de los insumos de aseo y cafetería, de las sedes de palmas, 7 de agosto y Eduardo Santos, reporte por la plataforma de Simad las necesidades de los servicios de cada una de las sedes, reporte de requerimientos de la agremiación de los profesionales agremiados que laboran en la sede de la ESE de Palmas, 7 de

agosto y Eduardo Santos), las tareas son realizadas dependiendo de los requerimientos, diariamente son trabajos que incluyen digitación permanentemente, con ciclos alternos en las diferentes tareas.
Ocasionalmente manipula el archivo, donde guarda en las carpetas de los funcionarios los documentos pertinentes a certificados médicos laborales y otros según el requerimiento.

Descripción de actividades de inspecciones: Las tareas realizadas implican desplazamiento por las áreas de las sedes encargadas (Las Palmas, 7 de Agosto y Eduardo Santos), se desplaza en vehículo propio, hace inspección por las diferentes áreas y toma nota de los requerimientos para luego realizar el pedido de insumos correspondientes, el tiempo estipulado en las visitas varias de acuerdo a la necesidad de cada área.

Características de los insumos:

Cosedora
Saca ganchos
Perforadora
Teléfono
Lapicero
Carpetas

Actividad	% Acción en la jornada.	Segmento	Descripción Movimiento	Grados		Fuerza		% tiempo de acción en esapostura real	
				Der	izq.	Der	Izq.	Der	Izq.
USO DE VIDEO TERMINAL (mouse y teclado)	80%	COLUMNA CERVICAL	Flexión	15°	15°	No	No	50%	50%
			Extensión	No	No	NA	NA	NA	NA
			Rotaciones	0-25°	0-25°	NA	NA	10%	10%
			Inclinación	20°	20°	NA	NA	5%	5%
		HOMBRO	Reposo – Neutro	0	0	No	No	NA	NA
			Flexión	0-45	0-25	No	No	90%	80%
			Extensión	0	0	No	No	**0%**	0%
			Abducción	0-60	0-10	No	No	40%	20%
			Aducción	0	0	No	No	0%	0%
			Rotación Interna	0	0	No	No	0%	0%
			Rotación Externa	0	0	No	No	0%	0%
		CODO	Reposo Neutro	0	0	No	No		
			Flexión	0-90	0- 90	No	No	70%	70%
			Extensión	0	0	No	No	0%	0%
		ANTEBRAZ	Reposo – Neutro	0	0	No	No	NA	NA
			Pronación	0-90	0-90	No	No	80%	80%
			Supinación	0	0	No	No	0%	0%
			Reposo Neutro	0	0	No	No	0%	0%
			Flexión	0-25	0-25	No	No	40%	40%

	MUÑECA	Extensión	0-30	0-30	No	No	60%	60%
		Desviación Cubital	0-20°	0-20°	No	No	20%	20%
		Desviación radial	0-30°	0-30°	No	No	30%	40%
	AGARRE DEDOS	Circular a mano llena	SI	SI	No	No	10%	10%
		Trípode	No	No	No	No	0%	0%
		Termino terminal	No	No	No	No	0%	0%
		Latero lateral	No	No	No	No	0%	0%





RITMO					
El trabajador puede elegir el ritmo de trabajo	SI	El trabajador puede elegir la cadencia de trabajo	SI	El trabajador puede elegir sus periodos de descanso	SI

ACTIVIDAD	Tiempo en minutos	% del totalde la jornadalaboral
Uso de Video Terminal (uso de mouse y teclado)	270	50%
Visita a sedes	180	33.3%
Descansos (Tiempo inactivo y nooficial)	90	16.7%
TOTAL	**540**	**100%**

ASPECTOS ORGANIZACIONALES	
HORARIO DE TRABAJO	**Lunes a Jueves** 07:00 am A 04:00 pm **Viernes** 07:00 am A 03:00 pm **Sábado, domingo y festivos descansa**
DURACIÓN	9 horas diarias
DESCANSO	
TIEMPO TOTAL	44 Horas semanales
PERIODOS DE DESCANSO POR DIA	Oficial: 40 minutos (20 minutos en cada jornada) No oficial: 20 minutos Tiempo muerto: 30 minutos **Total descansos: 90 minutos**
OBSERVACIÓN	La funcionaria refiere que pueden tomar un receso de pausas activas, cuando crea conveniente.

ASPECTO CONFORT AMBIENTAL				
ASPECTO	SI	NO	FUENTE	OBSERVACIONES
ASPECTO LUMINICO	x			
ASPECTO SONORO	x		RUIDO CONVERSACIONAL	
ASPECTO TERMICO	x		AIRE ACONDICIONADO	
VIBRACIÓN	N.A	N.A		
ORDEN Y ASEO	x		ADECUADO	

MANIPULACIÓN DE CARGAS								
ACTIVIDAD	**DESCRIPCIÓN**	**ELEMENTO**	**PESO**	**ALTURA DE CARGUE**	**ALTURA DE DESCARGUE**	**USO DE AYUDAS MECANICAS**	**FRECUENCIA**	**DURACIÓN**
NO APLICA								

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
ELEMENTOS	**FORMA DE USO**	**TIEMPO DE USO**	**ESTADO**
NO APLICA			

TIPO DE PROCESO	
MECANICO	X
MANUAL	
SEMIAUTOMATICO	
AUTOMATICO	
MIXTO	

Realizado por



NAIROVIS SILVA FAJARDO
C.C. 36.3131.171 NEIVA- HUILA
FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN GERENCIA SALUD OCUPACIONAL
Renovación Lic. 547/2022

INSPECCIÓN ERGONÓMICA

EMPRESA:

ESE CARMEN EMILIA OSPINA
SEDE LAS PALMAS

TRABAJADOR :
MARIA YINETH CABRERA
C.C 36.164.902

ELABORADO POR:

NAIROVIS SILVA FAJARDO
FISIOTERAPEUTA L.S.O.547

NEIVA, HUILA
ABRIL 2024

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVO
2. METODOLOGÍA
3. ANÁLISIS DE LOS PUESTOS DE TRABAJO

3.1 IDENTIFICACIÓN

3.2 ASPECTOS ORGANIZACIONALES

3.3 ASPECTOS DE CONFORT AMBIENTAL

4. DESCRIPCION DE LOS PUESTOS DE TRABAJO

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de las tareas dentro de un puesto de trabajo, está determinado por las condiciones laborales, el estado psicológico del individuo, las herramientas de trabajo, las cuales deben tener unas características adecuadas de calidad, funcionalidad y seguridad.

De la adaptación de los puestos de trabajo a las características del hombre y de un enfoque multidisciplinario del diseño de los mismos, depende el grado de confort, la calidad de vida personal y en el trabajo, al igual que la productividad, la calidad de los servicios y la eficiencia en la ejecución de las tareas.

El presente informe, analiza ergonómicamente los puestos de trabajo y las tareas realizadas del puesto de trabajo de la señora MARIA YINETH CABRERA ROMERO, quien se desempeña en el cargo como Enfermera Jefe, con el fin de detectar las actividades de mayor riesgo ergonómico, e implementar medidas preventivas.

Para el desarrollo de esta inspección ergonómica, se emplea la metodología del análisis descriptivo, partiendo de la observación directa del puesto de trabajo, la toma de fotos y la entrevista del evaluado y jefe inmediato.

1. OBJETIVO

Hacer una inspección ergonómica del puesto de trabajo de la señora María Yineth Cabrera Romero, con el fin de dar apoyo en la prevención de la enfermedad profesional y la mejora continua en la higiene postural de puesto de trabajo.

2. METODOLOGÍA

Para la ejecución de esta Inspección de puesto de trabajo se han considerado las siguientes acciones:

1. Recolección de información a partir de la observación directa y fotos del puesto de trabajo.
2. Análisis de las condiciones ergonómicas.
3. Recomendaciones.

3. INSPECCION DE PUESTO DE TRABAJO

3.1 IDENTIFICACIÓN

EMPRESA	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
NIT	813005265-7
FECHA VISITA	17 ABRIL 2024
DIRECCION	CALLE 21 NO. 51 - 43
SEDE	LAS PALMAS
ACTIVIDAD ECONOMICA	PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD
NOMBRE FUNCIONARIA	MARIA YINETH CABRERA ROMERO
FECHA INGRESO A LA EMPRESA	DICIEMBRE 1999
CARGO ACTUAL	JEFE ENFERMERA
DIAGNOSTICOS OSTEOMUSCULARES	MANGUITO ROTADOR BURSITIS STC BILATERAL EPICONDILITIS MEDIA Y LATERAL - BILATERAL

3.2 ASPECTOS ORGANIZACIONALES

JORNADA:

Duración	Trabajo efectivo de 9 horas 6:00 Am a 3:00 Pm
Días a la semana	De Lunes a viernes

Observación: En la semana la funcionaria labora 45 horas

DESCANSOS:

Sábados y Domingos; Durante la jornada laboral: No existe tiempo estipulado para el descanso, pero realizan pausa para otras actividades, como tomar agua, tomar tinto, ir al baño.

RITMO:

Tipo Individual, Moderado

3.3 ASPECTOS DE CONFORT AMBIENTAL

ILUMINACIÓN.

Fuente: Artificial

TEMPERATURA:

Aire acondicionado

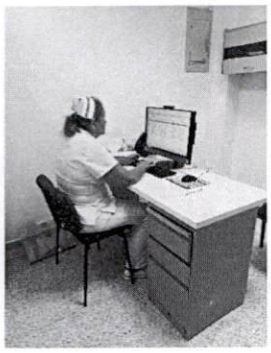
AMBIENTE SONORO:

Ruido conversacional

4. DESCRIPCIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO

NOMBRE: MARIA YINETH CABRERA
CARGO: Enfermera Jefe





Adopta la posición sedente en promedio un 70% del tiempo laborado, al digitar los hombros permanecen en flexión de 10 a 15°, los codos en flexión de 90°, las muñecas en extensión de 25 a 30°, al manipular el mouse el hombro derecho pasa a flexión de 40 a 45° con codo en extensión y muñeca en extensión de 30°, se ubica de frente al monitor a una distancia de 60 cm de los ojos, la altura del monitor esta a igual altura de los ojos, no hay deslumbramientos en la pantalla y los contrastes se encuentran bien definidos, existe alineación del monitor, la trabajadora y el teclado, usa escritorio lineal, el espacio inferior del escritorio permite movimientos de las piernas, usa silla estática con acolchonado, con un espaldar de altura media estable, tiene espacio lumbar, el

espacio entre la silla y el pliegue poplíteo de 6 cm, utiliza apoya pies en un ángulo aproximado de 10 -15°, debido a problemas de vena varice.

Observación

Se realiza alineación y ubicación hacia atrás de monitor con teclado y mouse de manera que queda de frente a la persona y que amplie el espacio de escritorio para un adecuado apoyo a nivel de antebrazos cuando realiza digitación y manipulación de mouse.

RECOMENDACIONES

- Mantener el monitor en ubicación que permita un apoyo a nivel de antebrazos cuando realice digitación y manipulación de mouse.
- Suministrar silla ergonómica, con mecanismos ajustables para altura y profundidad de asiento y espaldar, con superficies acolchadas (grosor 3cm, que permita una postura erguida.
- Mantener una higiene postural, ubicándose frente al escritorio, acercando la silla al borde interno de escritorio, permitiendo que la espalda tenga un mejor apoyo con el espaldar de la silla.
- Evitar movimientos de miembros superiores por encima de la cabeza.
- Seguir en control con la EPS

RECOMENDACIONES GENERALES

- Educar en higiene postural (la espalda debe permanecer en línea recta, la cola debe quedar pegada al espaldar, con apoyo completo de la espalda y los ángulos articulares de codos, muñecas, cadera rodillas y tobillos, en posición neutra 0° o 90°-110°).
- Implementar una rutina de ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de músculos de brazos, tronco y piernas, previa a la actividad laboral, con el fin de prevenir deterioros osteomusculares.
- Realizar pausas activas, con ejercicios de estiramiento de cuello, tronco y las articulaciones de muñeca, codo, hombro bilateral, cada dos horas.

Realizado por



NAIROVIS SILVA FAJARDO

C.C. 36.3131.171 NEIVA- HUILA

FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN GERENCIA SALUD OCUPACIONAL

Renovación Lic. 547/2022

	FORMATO	CODIGO	GBS-S1-F8
		VERSIÓN	3
	CONTRATO	VIGENCIA	09/05/2017
		PAGINA 1 DE 7	

CLASE	PRESTACION DE SERVICIOS
No. DE CONTRATO	[redacted] 00097
OBJETO	CONTRATAR LA REALIZACION DE EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO, EGRESO, PERIODICOS, RETIRO, VALORACIONES MEDICAS, ESTUDIOS DE PUESTO DE TRABAJO, EXAMENES MEDICO POS INCAPACIDAD CON HISTORIA CLINICA PARACLINICOS A LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA.
CONTRATISTA	**CAMILO ANDRES CORTES MENDEZ,** Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.075.314.494, Representante legal de **MEDICOS LABORALES S.A.S.** Identificado con Nit. No. 900.344.642-1.
CONTRATANTE	**JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ ,** mayor edad, con domicilio en Neiva, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.144.134 expedida en San Agustín - Huila, quien tomo posesión (Acta No. 0261 del 30 de Abril de 2020) del cargo de Gerente, según Decreto No. 0502 del 20 de Abril de 2020, expedido por la Alcaldía de Neiva.
PRECIO Y FORMA DE PAGO	El valor del presente contrato es hasta la suma de **VEINTIUN MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($21.941.000)** de acuerdo a la necesidad del servicio y a razón de:

DETALLE (AREA)	PERIODO	CANTIDAD EXAMENES	VR UNITARIO	VR TOTAL
Examen médico Ocupacional de Ingreso, Periódico o de retiro con valoración osteomuscular	2024	40	25.000	1.000.000
Examen Médico Periódico Ocupacional Énfasis Osteomuscular, comorbilidad y Visiometria	2024	138	37.000	5.106.000
Audiometria	2024	3	14.000	42.000
Optometria	2024	178	16.000	2.848.000
Psicosensometrico	2024	4	20.000	80.000
Examen médico Ocupacional pos-incapacidad ocupacional o laboral con revisión de Historia clínica	2024	15	50.000	750.000
Análisis de puesto de trabajo (APT)	2024	5	600.000	3.000.000
Inspección ergonómica a puesto de trabajo	2024	20	90.000	1.800.000
Espirometria	2024	5	16.000	80.000

	Electrocardiograma con lectura de medico	2024	2	20.000	40.000
	Prueba cutánea de tuberculina	2024	12	70.000	840.000
	Pruebas de función hepática (TOG, TGP. Bilirrubina, fosfatasa Alcalina	2024	1	50.000	50.000
	Perfil Tiroideo (T3, T4, TSH)	2024	1	75.000	75.000
	Paquete de laboratorio clínicos, Perfil lipídico(Colesterol total, HDL, LDH, Triglicéridos y Glicemia	2024	178	3.5000	6.230.000
				TOTAL	21.941.000

La **E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA** cancelará el valor del contrato mediante actas parciales, dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la presentación de la Factura o Documento Equivalente con sus respectivos soportes: Copia del contrato, certificado de legalización expedido por la Oficina de Contratación, certificación de cumplimiento expedido por el Supervisor de contrato (donde conste el cumplimiento de actividades, obligaciones, facturas causadas durante el periodo y el valor ejecutado), informe de ejecución, pago o certificado de paz y salvo de aportes al sistema de seguridad social y aportes parafiscales conforme a la ley. **PARÁGRAFO PRIMERO**. A los valores que se paguen por concepto de este contrato se le harán los descuentos de ley.

PLAZO

El término de duración del contrato será hasta **El 31 de diciembre de 2024**, previa legalización del contrato y suscripción del acta de inicio pon el supervisor del mismo.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Ejecutar el objeto contractual, acatando las especificaciones técnicas señaladas, con oportunidad, eficiencia y eficacia, de manera autónoma e independiente.
2. Actuar de buena fe durante todo el desarrollo del contrato, e informar oportunamente al CONTRATANTE sobre cualquier irregularidad que advierta en desarrollo del contrato.
3. Dar cumplimiento a sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos profesionales) y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, SENA, e ICBF) de acuerdo a lo dispuesto por la Ley, del personal a su cargo para la ejecución del contrato; Si se contrata como persona natural deberá acreditarse pagos a los sistemas de Seguridad Social Integral en salud y pensión como trabajador independiente.
4. Adquirir las Garantías exigidas a nombre de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA como primer beneficiario, para garantizar protección contra los riesgos inherentes al contrato.
5. Gestionar la legalización del contrato y su acreditación ante el Contratante en forma oportuna para la obtención del Certificado de Legalización.
6. Cumplir las demás obligaciones inherentes a la naturaleza del Contrato.

ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	**1.** Cumplir con el objeto del contrato dentro de los términos y condiciones establecidas por la ESE CARMEN EMILIA OSPINA. **2.** Coordinar con el profesional de poyo en salud ocupacional el cumplimiento del objeto del contrato con cronograma y planillas de controles de asistencia de funcionarios indicando fechas, horarios y espacios para su ejecución. **3.** El contratista se compromete a realizar los exámenes de ingreso, Egreso , periódicos, para clínicos, estudios de puesto de trabajo, exámenes pos incapacidad a los funcionarios de planta de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA y a entregar el diagnostico escrito de las condiciones de salud de los trabajadores dando las recomendaciones pertinentes en medio físico y magnético. **4.** El contratista estará en la obligación de suministrar el sitio para la realización de los exámenes soportado en los certificados de habilitación. **5.** Contar con equipos biomédicos (Tensiómetro, Fonendo, Bascula, Carta sne) y personal idóneo competente para la ejecución de los servicios, con acompañamiento de auxiliar de enfermería realizando tamizaje a funcionarios antes de ingresar a la valoración con medico laboral. Este personal debe estar debidamente capacitado y con los elementos de protección propios para la labor. **6.** El contratista debe realizar informe general de estado de salud de los funcionarios con recomendaciones. **7.** El contratista será el único responsable del pago de obligaciones y prestaciones sociales del personal que utilice para la ejecución del contrato. **8.** Teniendo en cuenta el distanciamiento de los diferentes centros de salud de la ESE CEO, para exámenes ocupacionales periódicos de fin de año coordinar fechas para la atención en los centros de Palmas, Granjas y Canaima a el personal de Planta. **9.** Entregar al área de salud ocupacional el reporte de la valoración Médica ocupacional de los funcionarios Atendidos. En un término de cinco días (5) en físico y medio magnético. **10.** Diligenciar en formato de actitud laboral hallazgos físicos, Las restricciones, observaciones y recomendaciones. **11.** Al personal con calificación por Juntas de Invalidez enfatizar recomendaciones específicas. **12.** Elaborar con argumentos profesiograma de funcionarios de la empresa. **13.** Cumplir con las políticas y procedimientos de seguridad establecidas (elementos de protección personal) por la ESE CEO. **14.** Las demás inherentes al objeto contractual.
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL	Los pagos a que se obliga **EL CONTRATANTE** por el presente contrato, se imputarán al código 21202020080383990 denominado **OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y EMPRESARIALES NCP – PERSONAL PROFESIONALES**, del presupuesto de Gastos e Inversiones de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA para la vigencia fiscal de 2024, Como consta en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 0219 del 06 de febrero de 2024 de la vigencia presupuestal del 2024 expedido por el Gestor de Presupuesto de la ESE CEO.

GARANTÍAS

Para garantizar las obligaciones que se contraen en virtud del presente contrato, EL CONTRATISTA constituirá a favor de LA E.S.E con una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, una póliza a favor de la ESE CEO que cubra los siguientes amparos:

AMPAROS	TIPO DE GARANTIA	VALOR ASEGURADO DEL VALOR DEL CONTRATO	VIGENCIA	SI	NO
Cumplimiento	Póliza de seguros	20%	Término de duración del contrato y seis (6) meses mas	X	
Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales	Póliza de seguros	10%	Término de duración del contrato y 3 años más.	X	
Calidad de los bienes o del servicio prestado.	Póliza de seguros	30%	Término de duración del contrato y un (1) año más.	X	

En cualquier evento en que se aumente el valor del contrato o se prorrogue su vigencia, deberá ampliarse o prorrogarse la correspondiente garantía. PARÁGRAFO PRIMERO: SI EL CONTRATISTA no constituye la garantía de cumplimiento dentro del plazo estipulado, la E.S.E podrá tenerlo por desistido y liberarse de todo compromiso adquirido, y el CONTRATISTA no podrá reclamar indemnización alguna. PARÁGRAFO SEGUNDO: El contratista deberá presentar el correspondiente recibo de pago expedido por la Compañía Aseguradora.

DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.Conoce y acepta los Documentos del Proceso
2. Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió de la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
3. Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato.
4. El Contratista al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad.
5. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral.
6. El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto del presente contrato.
7. El Contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en
general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.
8. El Contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio de objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad

	para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños.
JURIDICIDAD	El presente contrato se rige por las disposiciones del derecho privado, de acuerdo con lo expresado en el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, que contiene el régimen de Seguridad Social en Colombia y la Resolución No. 468 de 2022 "Por medio del cual se adopta el Manual de Contratación de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA". Parágrafo: Son parte integral de este contrato la propuesta presentada por el contratista, junto a los demás documentos precontractuales aportados por el mismo, para dar trámite al contrato.
CLAUSULAS ESPECIALES	**CLÁUSULA PRIMERA. PENAL PECUNIARIA.** En caso de incumplimiento total del objeto contratado por la contratista, ésta pagará a título de sanción pecuniaria, a LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) de su valor total, la cual se podrá cobrar previo requerimiento con base en el presente documento, el cual prestará mérito ejecutivo, haciendo efectivo por parte de la Empresa, el amparo de cumplimiento constituido a través de la garantía única o del saldo que se adeude al Contratista. CLÁUSULASEGUNDA. CADUCIDAD. La Empresa mediante resolución motivada podrá declarar la caducidad del contrato cuando el Contratista incumpla sus obligaciones de modo que afecte grave y directamente la ejecución del contrato o que pueda conducir a su paralización. La declaratoria de caducidad se hará conforme mandato contenido en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993, sin dar lugar a indemnización a favor del Contratista. CLÁUSULA TERCERA. CESIONES Y SUBCONTRATOS. El CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato ni las cuentas o pagos derivados del mismo, ni subcontratar con persona natural o jurídica sin previa autorización escrita de la entidad contratante. CLÁUSULA CUARTA. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO. En caso de presentarse un evento de fuerza mayor o caso fortuito, entendido éste como el imprevisto que no es posible resistir, según lo define la legislación civil, las partes contratantes podrán de común acuerdo suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante acta donde conste tal circunstancia, sin que para efectos del término de duración del contrato se compute el tiempo de la suspensión, señalándose la fecha en que se deberán reanudar los trabajos. PARÁGRAFO. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la reiniciación del contrato, LA CONTRATISTA deberá prorrogar Las pólizas constituidas por un término igual al de la duración de la suspensión. CLÁUSULA QUINTA. VIGILANCIA Y/O SUPERVISIÓN. La vigilancia administrativa y el control técnico sobre la ejecución del objeto y la correcta aplicación de las estipulaciones del contrato serán ejercidos por la persona que se designare por parte de LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA. Cualquier cambio que en este sentido se produzca se hará conocer a la CONTRATISTA mediante oficio. Serán funciones del supervisor, además de las propias establecidas en la Ley, las de resolver las consultas que formule la CONTRATISTA, velar por el cumplimiento del programa de trabajo, inspeccionar los trabajos realizados, elaborar y suscribir las actas necesarias, verificar su calidad, aprobar la iniciación o continuación de las diferentes partes del trabajo, impartir por escrito las órdenes que se requieran en su ejecución y elaborar el acta de liquidación final del contrato. PARÁGRAFO PRIMERO. El supervisor representa los intereses de la Empresa y como tal no podrá eximir a la CONTRATISTA de ninguna de las obligaciones emanadas del contrato. CLÁUSULA SEXTA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES. EL CONTRATISTA declara bajo la gravedad del juramento que no está incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución o en la Ley para contratar y en el

	evento de que llegare a presentarse una causal sobreviniente, se actuará conforme lo establece el artículo noveno de la Ley 80 de 93. CLÁUSULA SÉPTIMA. INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERALES. Si durante la ejecución del contrato surgieren discrepancias en la interpretación o fuere necesario introducir variaciones para evitar su paralización, La Empresa lo modificará e interpretará mediante acto administrativo debidamente motivado. También lo podrá dar por terminado anticipadamente mediante acto administrativo motivado cuando se presente cualquiera de los eventos contemplados en el artículo 17 de la Ley 80 de 1993.CLÁUSULA OCTAVA. LIQUIDACIÓN. El contrato se liquidará de conformidad con lo establecido por el artículo trigésimo segundo del Estatuto Interno de Contratación de la Empresa, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la terminación del mismo. CLÁUSULA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS: Las partes acuerdan que para resolver las controversias que surjan con ocasión de la celebración, ejecución, desarrollo y terminación del contrato, siempre y cuando las causas que las generen no correspondan al incumplimiento total de las obligaciones del CONTRATISTA, en primer lugar acudirán a la transacción, amigable composición y a la conciliación. PARÁGRAFO: El coordinador de la oficina jurídica de contratación con su firma da fe de que toda la documentación que soporta el presente contrato ha sido verificado, analizado y revisado estrictamente conforme a las normas legales vigentes haciéndose responsable por cualquier omisión al respecto.
INDEMNIDAD	El Contratista se obliga a mantener indemne a la Entidad Estatal contratante de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. El Contratista mantendrá indemne a la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, Subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato.
PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN	El presente contrato se perfecciona con las firmas de las partes, deberá contar con certificado de disponibilidad presupuestal y del registro presupuestal correspondiente. Para su legalización y ejecución **EL CONTRATISTA** deberá presentar la garantía única exigida. **PARAGRAFO UNO:** De conformidad al Acuerdo Municipal No. 028 de 2018 **POR MEDIO DEL CUAL SE EXPIDE EL ESTATUTO TRIBUTARIO DEL MUNICIPIO DE NEIVA Y SE CONCEDEN UNAS FACULTADES** expedido por el Concejo Municipal de Neiva el cual dispone "Exclúyase del pago relativos a estampillas pro electrificación rural, prousco, procultura y pro Adulto Mayor los contratos cuyo recurso tiene destinación específica al sector salud para régimen subsidiado, las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda, acciones de salud pública colectiva, atención de la atención de la población pobre no asegurada, así como los contratos que celebre el prestador de servicios de salud (PSS) con sus profesionales o proveedores para garantizar la atención en salud de la población a su cargo o cuyo recurso, provengan del sistema general de participaciones y/o del sistema general de seguridad social en salud" se excluye del pago de derechos de contratación. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El Contratista contará con un término máximo de diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de suscripción del contrato para legalizar el mismo y acreditar ante el Contratante el cumplimiento de dicha obligación para la respectiva expedición del certificado de

	legalización por parte de la oficina de Contratación y dar lugar a su inicio de ejecución. Sin el cumplimiento de estos requisitos, no se realizaran pagos imputables al precio de este contrato.
COSTOS	Los costos que ocasione la legalización del contrato, serán a cargo del CONTRATISTA.
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	29 FEB 2024
EL CONTRATANTE	**JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ** Gerente E.S.E. "CARMEN EMILIA OSPINA
EL CONTRATISTA	**CAMILO ANDRES CORTES MENDEZ,** Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.075.314.494, Representante legal de **MEDICOS LABORALES S.A.S.** Identificado con Nit. No. 900.344.642-1
ASESOR JURÍDICO DE CONTRATACIÓN	**MIGUEL JULIAN RODRIGUEZ ORTIZ**

R/ CHRISTIAN YOHANNY RAMIREZ CARDOZO
ASESOR JURÍDICO GERENCIA

R/ PAULA ANDREA MALDONADO TIQUE
PROFESIONAL EN DERECHO AREA DE CONTRATACION

P/ ROSANGELA PASTRANA CARDOZO
PROFESIONAL EN DERECHO AREA DE CONTRATACION

Fecha de legalización	**10/02/2024**		
No. Contrato	**0097**	*Fecha de suscripción*	**09/02/2024**
No. Otrosí		*Fecha de suscripción*	
Acta de reinicio		*Fecha de suscripción*	
Contratista	**MEDICOS LABORALES S.A.S.**		

Número de certificado de disponibilidad presupuestal	0219	*Fecha*	06/02/2024
Número del registro de compromiso	0203	*Fecha*	09/02/2024

APROBACIÓN DE PÓLIZAS

Fecha de aprobación	**10/02/2024**	*Número de póliza*	**61-46-101025821**
Aseguradora	**SEGUROS DEL ESTADO**		

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO – Porcentaje de cubrimiento:

Valor	4.388.200	*Fecha de Inicio*	09/02/2024	*Fecha de Finalización*	30/06/2025

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA- Porcentaje de cubrimiento:

Valor	NA	*Fecha de Inicio*	NA	*Fecha de Finalización*	NA

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL– Porcentaje de cubrimiento:

Valor	NA	*Fecha de Inicio*	NA	*Fecha de Finalización*	NA

PÓLIZA DE CALIDAD – Porcentaje de cubrimiento:

Valor	6.582.300	*Fecha de Inicio*	09/02/2024	*Fecha de Finalización*	31/12/2025

PÓLIZA DE ANTICIPO – Porcentaje de cubrimiento:

Valor	NA	*Fecha de Inicio*	NA	*Fecha de Finalización*	NA

PÓLIZA DE SALARIOS – Porcentaje de cubrimiento:

Valor	2.194.100	*Fecha de Inicio*	09/02/2024	*Fecha de Finalización*	31/12/2027

PÓLIZA DE OBRA – Porcentaje de cubrimiento:

Valor	NA	*Fecha de Inicio*	NA	*Fecha de Finalización*	NA

No. de Paz y Salvo	**NA**	*Fecha de Exp.*	**NA**	*Vigencia*	**NA**
No. de Liquidación	**NA**	*Fecha de Exp.*	**NA**	*Exento*	**SI**

OBSERVACIONES

Miguel Julián Rodríguez Ortiz
Asesor Jurídico Área De Contratación

P/ MARIA MADELEINE CASTRO VARGAS
Profesional en Derecho

	FORMATO	CODIGO	GBS-S1-F26
	ACTA DE INICIO DE PERSONAL	VERSIÓN	2
		VIGENCIA	09/05/2017
		PAGINA 1 DE 1	

No. Contrato.: 97 de 2024
Clase: Prestación de servicios
Contratante: Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina NIT 813.005.265-7

Contratista: CAMILO ANDRES CORTES MENDEZ, identificado con cedula de ciudadanía numero 1.075.314.494 representante legal de MEDICOS LABORALES S.A.S identificada con Nit. No. 900.344.642-1

Objeto: Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina NIT 813.005.265-7
Contratista: Contratar la realización de exámenes ocupacionales de ingreso, egreso, periódicos, retiro, valoraciones médicas, estudios de puesto de trabajo exámenes médicos pos incapacidad con historia clínica, paraclínicos a los funcionarios de planta de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA.
Valor inicial del contrato: 21.941.000.00
Fecha de iniciación del contrato: 09 de febrero de 2024
Fecha de terminación del contrato: 31 de diciembre de 2024

En Neiva, a los **(9)** días del mes de Febrero del año 2024, se reunieron en las instalaciones de la **E.S.E. Carmen Emilia Ospina**, la Dra. ROCIO CORREA LOSADA**, Profesional Universitario Talento Humano** de la **E.S.E. Carmen Emilia Ospina** en calidad de Supervisora y el Señor CAMILO ANDRES CORTES MENDEZ en calidad de contratista, Representante legal de MEDICOS LABORALES S.A.S para dejar constancia por medio de la presente acta de inicio que en el día de hoy el contratista inicia la ejecución de su contrato y el cumplimiento del objeto del mismo.

Para constancia se firma por los que en ella intervinieron.

ROCIO CORREA LOSADA
Profesional Universitario Talento Humano
ESE Carmen Emilia Ospina

CAMILO ANDRES CORTEZ MENDEZ
Representante Legal
Médicos Laborales S.A.S

EL REPRESENTANTE LEGAL DE MEDICOS LABORALES S.A.S.

Nit. 900.344.642-1

CERTIFICA

Yo, CAMILO ANDRES CORTES MENDEZ identificado con cédula de ciudadanía número 1.075.314.494, en mi condición de Representante legal de Médicos Laborales S.A.S. identificada con Nit. 900.344.642 - 1 debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Neiva, declaro bajo la gravedad de juramento que estamos al día en el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Se firma en Neiva, el 16 de julio de 2024

Atentamente,

CAMILO ANDRES CORTES MENDEZ
Representante Legal
C.C. 1.075.314.494 de Neiva (Huila)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900344642-1	MEDICOS LABORALES SAS	CALLE 15 No. 5 - 71	8578741	administrador@medicoslaboralessas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			HUILA	NEIVA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					16	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	13/03/2024	75515391	$5.922.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	514.500	0		0		0	2	900	0	515.400	9
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	369.200	0		0		0	2	700	0	369.900	7

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	422.500	0	0	0	0	2	800	0	423.300	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.795.600	0	0	0	0	2	3.100	0	1.798.700	8
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	2	400	0	208.400	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.107.200	0	0	0	0	2	1.900	0	1.109.100	5

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	611.000				611.000	2	1.100	612.100			6.110	612.100	16

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF32	Comfamiliar Huila	891180008-2	883.700	2	1.600	885.300	16

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	883.700	885.300
Pensión	4	3.533.300	3.539.500
Riesgos Laborales	1	611.000	612.100
CCF	1	883.700	885.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	5.911.700	5.922.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900344642-1	MEDICOS LABORALES SAS		CALLE 15 No. 5 - 71	8578741	administrador@medicoslaboralessas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			HUILA	NEIVA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					16	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E	13/03/2024	75515391	$5.922.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003805033	OVIEDO PARDO CAROL VIVIANA	1	0			S								X								230301	1.340.620	214.500	0	0	0	0	EPS037	1.340.620	53.700	14-23	1.340.620	3	32.700	CCF32	1.340.620	53.700	0	0	0	0	0
2	CC	1023883634	QUIROZ VARGAS JENIFER YURLEY	1	0			S								X								230301	1.340.620	214.500	0	0	0	0	EPS037	1.340.620	53.700	14-23	1.340.620	3	32.700	CCF32	1.340.620	53.700	0	0	0	0	0
3	CC	1075240560	SILVA SANTOFIMIO DIANA MARYURY	1	0			S								X								230201	1.340.620	214.500	0	0	0	0	EPS005	1.340.620	53.700	14-23	1.340.620	3	32.700	CCF32	1.340.620	53.700	0	0	0	0	0
4	CC	1075275726	RAMIREZ CHARRY YULI FERNANDA	1	0			S								X								230301	1.340.620	214.500	0	0	0	0	EPS037	1.340.620	53.700	14-23	1.340.620	3	32.700	CCF32	1.340.620	53.700	0	0	0	0	0
5	CC	1075293434	HERNANDEZ RIVERA KAREN TATIANA	1	0			S																231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	1075312630	GOMEZ FALLA NATALIA ANDREA	1	0			S																25-14	1.420.000	227.200	0	0	0	0	EPS005	1.420.000	56.800	14-23	1.420.000	3	34.600	CCF32	1.420.000	56.800	0	0	0	0	0
7	PT	1120505	DURAN RODRIGUEZ ELIS OBIL	1	0			S																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
8	CC	7698907	COLLAZOS POLANIA EDGAR MAURICIO	1	0			S																230301	563.334	90.200	0	0	0	0	EPS037	563.334	22.600	14-23	563.334	3	13.800	CCF32	563.334	22.600	0	0	0	0	0
9	CC	7698907	COLLAZOS POLANIA EDGAR MAURICIO	1	0			S													X			230301	736.667	117.900	0	0	0	0	EPS037	736.667	29.500	14-23	736.667	3	0	CCF32	736.667	29.500	0	0	0	0	0
10	CC	1075318408	MORALES AMEZQUITA KEVIN SANTIAGO	1	0			S																230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
11	CC	1075228473	CABRERA MAIDA LORENA	1	0			S																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
12	CC	1075284850	PERDOMO MORALES YILDREY MARITZA	1	0			S																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
13	CC	51903238	GONZALEZ MARIA HORTENSIA	1	0			S																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
14	CC	1003811682	RAMIREZ CAMACHO LAURA VALENTINA	1	0			S																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
15	CC	1075220846	CELIS MENDEZ JEYNNER ANDREY	1	0			S																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
16	CC	1079175420	BERMEO CARDOZO ARBEY	1	0			S																230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-23	2.000.000	5	139.200	CCF32	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
17	CC	36304809	ARIAS GUTIERREZ MARIA DEL PILAR	1	0			S																25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS005	1.600.000	64.000	14-23	1.600.000	3	39.000	CCF32	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900344642-1	MEDICOS LABORALES SAS	CALLE 15 No. 5 - 71	8578741	administrador@medicoslaboralessas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			HUILA	NEIVA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-03	E	10/04/2024	75978846	$8.202.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	535.900	0		0		0	1	500	0	536.400	9
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	665.800	0		0		0	1	600	0	666.400	9

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	434.300	0	0	0	0	1	400	0	434.700	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.830.600	0	0	0	0	1	1.600	0	1.832.200	8
231001	Colfondos	800227940-6	224.000	0	0	0	0	1	200	0	224.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.316.800	0	0	0	0	1	2.000	0	2.318.800	7

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	986.400				986.400	1	900	987.300			9.864	987.300	18

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF32	Comfamiliar Huila	891180008-2	1.201.700	1	1.100	1.202.800	18

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	1.201.700	1.202.800
Pensión	4	4.805.700	4.809.900
Riesgos Laborales	1	986.400	987.300
CCF	1	1.201.700	1.202.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	8.195.500	8.202.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900344642-1	MEDICOS LABORALES SAS		CALLE 15 No. 5 -71	8578741	administrador@medicoslaboralessas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			HUILA	NEIVA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-03	E	10/04/2024	75978846	$8.202.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003805033	OVIEDO PARDO CAROL VIVIANA	1	0			S								x								230301	1.413.736	226.200	0	0	0	0	EPS037	1.413.736	56.600	14-23	1.413.736	3	34.500	CCF32	1.413.736	56.600	0	0	0	0	0
2	CC	1003811682	RAMIREZ CAMACHO LAURA VALENTINA	1	0			S								x								230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	1023883634	QUIROZ VARGAS JENIFER YURLEY	1	0			S								x								230301	1.413.736	226.200	0	0	0	0	EPS037	1.413.736	56.600	14-23	1.413.736	3	34.500	CCF32	1.413.736	56.600	0	0	0	0	0
4	CC	1075220846	CELIS MENDEZ JEYNNER ANDREY	1	0			S																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
5	CC	1075228473	CABRERA MAIDA LORENA	1	0			S																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	1075240560	SILVA SANTOFIMIO DIANA MARYURY	1	0			S								x								230201	1.413.736	226.200	0	0	0	0	EPS005	1.413.736	56.600	14-23	1.413.736	3	34.500	CCF32	1.413.736	56.600	0	0	0	0	0
7	CC	1075275726	RAMIREZ CHARRY YULI FERNANDA	1	0			S								x								230301	1.413.736	226.200	0	0	0	0	EPS037	1.413.736	56.600	14-23	1.413.736	3	34.500	CCF32	1.413.736	56.600	0	0	0	0	0
8	CC	1075284850	PERDOMO MORALES YILDREY MARITZA	1	0			S																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
9	CC	1075293434	HERNANDEZ RIVERA KAREN TATIANA	1	0			S							x									231001	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS005	1.400.000	56.000	14-23	1.400.000	3	34.200	CCF32	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
10	CC	1075312630	GOMEZ FALLA NATALIA ANDREA	1	0			S								x								25-14	1.780.000	284.800	0	0	0	0	EPS005	1.780.000	71.200	14-23	1.780.000	3	43.400	CCF32	1.780.000	71.200	0	0	0	0	0
11	CC	1075314494	CORTES MENDEZ CAMILO ANDRES	1	0			S	x															25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS037	5.000.000	200.000	14-23	5.000.000	3	121.800	CCF32	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
12	CC	1075318408	MORALES AMEZQUITA KEVIN SANTIAGO	1	0			S																230201	953.334	152.600	0	0	0	0	EPS005	953.334	38.200	14-23	953.334	3	23.300	CCF32	953.334	38.200	0	0	0	0	0
13	CC	1075318408	MORALES AMEZQUITA KEVIN SANTIAGO	1	0			S													x			230201	346.667	55.500	0	0	0	0	EPS005	346.667	13.900	14-23	346.667	3	0	CCF32	346.667	13.900	0	0	0	0	0
14	CC	1079175420	BERMEO CARDOZO ARBEY	1	0			S																230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-23	2.000.000	5	139.200	CCF32	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
15	PT	1120505	DURAN RODRIGUEZ ELIS OBIL	1	0			S																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
16	CC	36304809	ARIAS GUTIERREZ MARIA DEL PILAR	1	0			S																25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS005	1.600.000	64.000	14-23	1.600.000	5	111.400	CCF32	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
17	CC	51903238	GONZALEZ MARIA HORTENSIA	1	0			S																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
18	CC	7698907	COLLAZOS POLANIA EDGAR MAURICIO	1	0			S																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
19	CC	7721059	RAMIREZ ROA JOSE FELIX	1	0			S	x															25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS037	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF32	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900344642-1	MEDICOS LABORALES SAS		CALLE 15 No. 5 - 71	8578741	administrador@medicoslaboralessas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			HUILA	NEIVA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-04	E	14/05/2024	76905423	$8.099.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	520.500	0		0		0	4	1.700	0	522.200	9
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	662.800	0		0		0	4	2.200	0	665.000	9

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	430.300	0	0	0	0	4	1.400	0	431.700	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.818.900	0	0	0	0	4	5.900	0	1.824.800	8
231001	Colfondos	800227940-6	224.000	0	0	0	0	4	800	0	224.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.259.300	0	0	0	0	4	7.300	0	2.266.600	7

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	973.600				973.600	4	3.200	976.800			9.736	976.800	18

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF32	Comfamiliar Huila	891180008-2	1.183.300	4	3.900	1.187.200	18

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	1.183.300	1.187.200
Pensión	4	4.732.500	4.747.900
Riesgos Laborales	1	973.600	976.800
CCF	1	1.183.300	1.187.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	8.072.700	8.099.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900344642-1	MEDICOS LABORALES SAS		CALLE 15 No. 5 - 71	8578741	administrador@medicoslaborales.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			HUILA	NEIVA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-04	E	14/05/2024	76905423	$8.099.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003805033	OVIEDO PARDO CAROL VIVIANA	1	0			S								x									230301	1.389.364	222.300	0	0	0	0	EPS037	1.389.364	55.600	14-23	1.389.364	3	33.900	CCF32	1.389.364	55.600	0	0	0	0	0
2	CC	1003811682	RAMIREZ CAMACHO LAURA VALENTINA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	1023883634	QUIROZ VARGAS JENIFER YURLEY	1	0			S								x									230301	1.389.364	222.300	0	0	0	0	EPS037	1.389.364	55.600	14-23	1.389.364	3	33.900	CCF32	1.389.364	55.600	0	0	0	0	0
4	CC	1075240560	SILVA SANTOFIMIO DIANA MARYURY	1	0			S								x									230201	1.389.364	222.300	0	0	0	0	EPS005	1.389.364	55.600	14-23	1.389.364	3	33.900	CCF32	1.389.364	55.600	0	0	0	0	0
5	CC	1075275726	RAMIREZ CHARRY YULI FERNANDA	1	0			S								x									230301	1.389.364	222.300	0	0	0	0	EPS037	1.389.364	55.600	14-23	1.389.364	3	33.900	CCF32	1.389.364	55.600	0	0	0	0	0
6	CC	1075293434	HERNANDEZ RIVERA KAREN TATIANA	1	0			S																	231001	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS005	1.400.000	56.000	14-23	1.400.000	3	34.200	CCF32	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
7	CC	1075312630	GOMEZ FALLA NATALIA ANDREA	1	0			S																	25-14	1.136.000	181.800	0	0	0	0	EPS005	1.136.000	45.500	14-23	1.136.000	3	27.700	CCF32	1.136.000	45.500	0	0	0	0	0
8	CC	1075312630	GOMEZ FALLA NATALIA ANDREA	1	0			S										x							25-14	284.000	45.500	0	0	0	0	EPS005	284.000	11.400	14-23	284.000	3	0	CCF32	284.000	11.400	0	0	0	0	0
9	CC	1079175420	BERMEO CARDOZO ARBEY	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-23	2.000.000	5	139.200	CCF32	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
10	CC	36304809	ARIAS GUTIERREZ MARIA DEL PILAR	1	0			S																	25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS005	1.600.000	64.000	14-23	1.600.000	5	111.400	CCF32	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
11	CC	7698907	COLLAZOS POLANIA EDGAR MAURICIO	1	0			S																	230301	1.170.000	187.200	0	0	0	0	EPS037	1.170.000	46.800	14-23	1.170.000	3	28.600	CCF32	1.170.000	46.800	0	0	0	0	0
12	CC	7698907	COLLAZOS POLANIA EDGAR MAURICIO	1	0			S										x							230301	130.000	20.800	0	0	0	0	EPS037	130.000	5.200	14-23	130.000	3	0	CCF32	130.000	5.200	0	0	0	0	0
13	PT	1120505	DURAN RODRIGUEZ ELIS OBIL	1	0			S	x																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
14	CC	1075318408	MORALES AMEZQUITA KEVIN SANTIAGO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
15	CC	1075228473	CABRERA MAIDA LORENA	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
16	CC	1075284850	PERDOMO MORALES YILDREY MARITZA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
17	CC	51903238	GONZALEZ MARIA HORTENSIA	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
18	CC	1075220846	CELIS MENDEZ JEYNNER ANDREY	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
19	CC	1075314494	CORTES MENDEZ CAMILO ANDRES	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS037	5.000.000	200.000	14-23	5.000.000	3	121.800	CCF32	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
20	CC	7721059	RAMIREZ ROA JOSE FELIX	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS037	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF32	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900344642-1	MEDICOS LABORALES SAS	CALLE 15 No. 5 - 71	8578741	administrador@medicoslaboralessas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		HUILA	NEIVA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	09/07/2024	78452307	$7.664.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	527.000	0		0		0	0	0	0	527.000	9
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	545.400	0		0		0	0	0	0	545.400	8
EPSIC3	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA "A.I.C"	817001773-3	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	427.700	0	0	0	0	0	0		427.700	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.556.800	0	0	0	0	0	0		1.556.800	8
231001	Colfondos	800227940-6	224.000	0	0	0	0	0	0		224.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.288.000	0	0	0	0	0	0		2.288.000	7

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	919.200				919.200	0	0	919.200			9.192	919.200	18

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF32	Comfamiliar Huila	891180008-2	1.124.400	0	0	1.124.400	18

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	1.124.400	1.124.400
Pensión	4	4.496.500	4.496.500
Riesgos Laborales	1	919.200	919.200
CCF	1	1.124.400	1.124.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	7.664.500	7.664.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900344642-1	MEDICOS LABORALES SAS		CALLE 15 No. 5 - 71	8578741	administrador@medicoslaboralessas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			HUILA	NEIVA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-06	E	09/07/2024	78452307	$7.664.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003811682	RAMIREZ CAMACHO LAURA VALENTINA	1	0			S	x																230301	520.000	83.200	0	0	0	0	EPS037	520.000	20.800	14-23	520.000	3	12.700	CCF32	520.000	20.800	0	0	0	0	0
2	CC	1023883634	QUIROZ VARGAS JENIFER YURLEY	1	0			S								x								230301	1.373.116	219.700	0	0	0	0	EPS037	1.373.116	55.000	14-23	1.373.116	3	33.500	CCF32	1.373.116	55.000	0	0	0	0	0
3	CC	1075240560	SILVA SANTOFIMIO DIANA MARYURY	1	0			S								x								230201	1.373.116	219.700	0	0	0	0	EPS005	1.373.116	55.000	14-23	1.373.116	3	33.500	CCF32	1.373.116	55.000	0	0	0	0	0
4	CC	1075275726	RAMIREZ CHARRY YULI FERNANDA	1	0			S								x								230301	1.373.116	219.700	0	0	0	0	EPS037	1.373.116	55.000	14-23	1.373.116	3	33.500	CCF32	1.373.116	55.000	0	0	0	0	0
5	CC	1075293434	HERNANDEZ RIVERA KAREN TATIANA	1	0			S																231001	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS005	1.400.000	56.000	14-23	1.400.000	3	34.200	CCF32	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
6	CC	1075312630	GOMEZ FALLA NATALIA ANDREA	1	0			S																25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS005	1.600.000	64.000	14-23	1.600.000	3	39.000	CCF32	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
7	CC	1079175420	BERMEO CARDOZO ARBEY	1	0			S																230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-23	2.000.000	5	139.200	CCF32	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
8	CC	36304809	ARIAS GUTIERREZ MARIA DEL PILAR	1	0			S																25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS005	1.600.000	64.000	14-23	1.600.000	5	111.400	CCF32	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
9	CC	7698907	COLLAZOS POLANIA EDGAR MAURICIO	1	0			S																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
10	CC	1075318408	MORALES AMEZQUITA KEVIN SANTIAGO	1	0			S																230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
11	CC	1075228473	CABRERA MAIDA LORENA	1	0			S																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
12	CC	1075284850	PERDOMO MORALES YILDREY MARITZA	1	0			S																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
13	CC	51903238	GONZALEZ MARIA HORTENSIA	1	0			S																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
14	CC	1075220846	CELIS MENDEZ JEYNNER ANDREY	1	0			S																230301	130.000	20.800	0	0	0	0	EPS037	130.000	5.200	14-23	130.000	3	3.200	CCF32	130.000	5.200	0	0	0	0	0
15	CC	1075220846	CELIS MENDEZ JEYNNER ANDREY	1	0			S										x						230301	1.170.000	187.200	0	0	0	0	EPS037	1.170.000	46.800	14-23	1.170.000	3	0	CCF32	1.170.000	46.800	0	0	0	0	0
16	CC	1075314494	CORTES MENDEZ CAMILO ANDRES	1	0			S																25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS037	5.000.000	200.000	14-23	5.000.000	3	121.800	CCF32	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
17	CC	7721059	RAMIREZ ROA JOSE FELIX	1	0			S																25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS037	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF32	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
18	CC	12131423	TAPIERO ARAGONEZ EDUARDO	1	0			S																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPSIC3	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
19	CC	7687113	IBARRA LOSADA OMAR MESIAS	1	0			S	x															230301	563.334	90.200	0	0	0	0	EPS037	563.334	22.600	14-23	563.334	3	13.800	CCF32	563.334	22.600	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900344642-1	MEDICOS LABORALES SAS		CALLE 15 No. 5 - 71	8578741	administrador@medicoslaboralessas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			HUILA	NEIVA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	07/06/2024	77635466	$8.126.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	527.500	0		0		0	0	0	0	527.500	9
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	610.500	0		0		0	0	0	0	610.500	8
EPSIC3	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA "A.I.C"	817001773-3	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	429.700	0	0	0	0	0	0		429.700	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.817.100	0	0	0	0	0	0		1.817.100	8
231001	Colfondos	800227940-6	224.000	0	0	0	0	0	0		224.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.288.000	0	0	0	0	0	0		2.288.000	7

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	987.600				987.600	0	0	987.600			9.876	987.600	18

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF32	Comfamiliar Huila	891180008-2	1.190.000	0	0	1.190.000	18

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	1.190.000	1.190.000
Pensión	4	4.758.800	4.758.800
Riesgos Laborales	1	987.600	987.600
CCF	1	1.190.000	1.190.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	8.126.400	8.126.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900344642-1	MEDICOS LABORALES SAS	CALLE 15 No. 5 - 71	8578741	administrador@medicoslaboralessas.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		HUILA	NEIVA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					18	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-05	E	07/06/2024	77635466	$8.126.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	TVP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo de solidaridad pensional	Fondo de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización EPS	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003805033	OVIEDO PARDO CAROL VIVIANA	1	0			S	x							x									230301	1.385.332	221.700	0	0	0	0	EPS037	1.385.332	55.500	14-23	1.385.332	3	33.900	CCF32	1.385.332	55.500	0	0	0	0	0
2	CC	1003811682	RAMIREZ CAMACHO LAURA VALENTINA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	1023883634	QUIROZ VARGAS JENIFER YURLEY	1	0			S								x									230301	1.385.332	221.700	0	0	0	0	EPS037	1.385.332	55.500	14-23	1.385.332	3	33.900	CCF32	1.385.332	55.500	0	0	0	0	0
4	CC	1075220846	CELIS MENDEZ JEYNNER ANDREY	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
5	CC	1075228473	CABRERA MAIDA LORENA	1	C			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	1075240560	SILVA SANTOFIMIO DIANA MARYURY	1	0			S								x									230201	1.385.332	221.700	0	0	0	0	EPS037	1.385.332	55.500	14-23	1.385.332	3	33.900	CCF32	1.385.332	55.500	0	0	0	0	0
7	CC	1075275726	RAMIREZ CHAPPY YULI FERNANDA	1	0			S								x									230301	1.385.332	221.700	0	0	0	0	EPS037	1.385.332	55.500	14-23	1.385.332	3	33.900	CCF32	1.385.332	55.500	0	0	0	0	0
8	CC	1075284850	PERDOMO MORALES YILDREY MARITZA	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
9	CC	1075293434	HERNANDEZ RIVERA KAREN TATIANA	1	0			S																	231001	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS037	1.400.000	56.000	14-23	1.400.000	3	35.200	CCF32	1.400.000	56.000	0	0	0	0	0
10	CC	1075312630	GOMEZ FALLA NATALIA ANDREA	1	0			S								x									25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS037	1.600.000	64.000	14-23	1.600.000	3	39.000	CCF32	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
11	CC	1075314494	CORTES MENDEZ CAMILO ANDRES	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS037	5.000.000	200.000	14-23	5.000.000	5	121.800	CCF32	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
12	CC	1075318408	MORALES AMEZQUITA KEVIN SANTIAGO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
13	CC	1079175420	BERMEO CARDOZO ARBEY	1	0			S																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-23	2.000.000	5	139.200	CCF32	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
14	CC	12131423	TAPIERO ARAGONEZ EDUARDO	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPSIC3	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
15	CC	36304809	ARIAS GUTIERREZ MARIA DEL PILAR	1	0			S																	25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS005	1.600.000	64.000	14-23	1.600.000	5	111.400	CCF32	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
16	CC	51903238	GONZALEZ MARIA HORTENSIA	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
17	CC	7698907	COLLAZOS POLANIA EDGAR MAURICIO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF32	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
18	CC	7721059	RAMIREZ ROA JOSE FELIX	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS037	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF32	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información