CLIENTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NIT: 899999034					
FECHA	**N° IDENTIFICACIÓN**	**USUARIO**	**CONVENIO**	**PROCEDIMIENTO**	**VALOR**
16/10/2024	59665969	YOLANDA ESTUPIÑAN PEREZ	EXAMENES SENA 2024- TUMACO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	$34.667,00
16/10/2024	11811930	JUAN CARLOS ABADIA BERMUDEZ	EXAMENES SENA 2024- TUMACO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	$34.667,00
16/10/2024	87940695	WILMER ARTURO MENDOZA MONTAÑO	EXAMENES SENA 2024- TUMACO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	$34.667,00
17/10/2024	98429889	FLAVIO JUAN CUELLAR RODRIGUEZ	EXAMENES SENA 2024- TUMACO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	$34.667,00
17/10/2024	51959459	NOHEMI PATRICIA CORONADO ORTIZ	EXAMENES SENA 2024- TUMACO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	$34.667,00
18/10/2024	59666403	YOLANDA DEL ARAUJO OLIVA	EXAMENES SENA 2024- TUMACO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	$34.667,00
22/10/2024	13056595	EDINSON BANGUERA MOIRONGO	EXAMENES SENA 2024- TUMACO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	$34.667,00
30/10/2024	12918755	JORGE HERNAN BUITRAGO DIAZ	EXAMENES SENA 2024- TUMACO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	$34.667,00

Powered by CamScanner

IPS AM PM / 24 SAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROCESO ASISTENCIAL

Código: FO01-PT01-PA
Fecha: 22-02-2022
Versión: 03

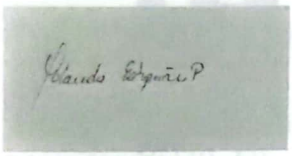
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de atención: 2024-10-16 15:58:22
Fecha de nacimiento: 1968-06-27
Cargo: Otra
Contacto: 3154189851 - 3154189851

Yo, **Yolanda Estupiñan Perez** identificada con cédula de ciudadanía No. **59665969** certifico que he sido informada acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informada del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para realizar los examenes y/o procedimientos listados y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

- Examen medico ocupacional periodico

Firma del trabajador



CC. 59665969
Yolanda Estupiñan Perez

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM / 24 SAS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO ASISTENCIAL	Código: FO01-PT01-PA Fecha: 22-02-2022 Versión: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

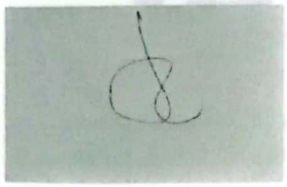
Fecha de atención: 2024-10-16 16:26:56 **Fecha de nacimiento:** 1981-04-30

Cargo: Otra **Contacto:** 3173782800

Yo, **Juan Carlos Abadia Bermudez** identificado con cédula de ciudadanía No. **11811930** certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para realizar los examenes y/o procedimientos listados y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

- Examen medico ocupacional periodico

Firma del trabajador



CC. 11811930
Juan Carlos Abadia Bermudez

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM / 24 SAS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO ASISTENCIAL	Código: FO01-PT01-PA Fecha: 22-02-2022 Versión: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

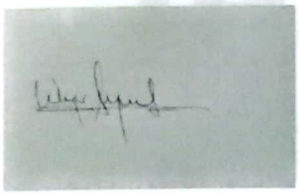
Fecha de atención: 2024-10-16 17:24:05 **Fecha de nacimiento:** 1980-06-22

Cargo: Otra **Contacto:** 3187726210

Yo, **Wilmer Arturo Mendoza Montaño** identificado con cédula de ciudadanía No. **87940695** certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para realizar los examenes y/o procedimientos listados y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

- Examen medico ocupacional periodico

Firma del trabajador



CC. 87940695
Wilmer Arturo Mendoza Montaño

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM / 24 SAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROCESO ASISTENCIAL

Código: FO01-PT01-PA
Fecha: 22-02-2022
Versión: 03

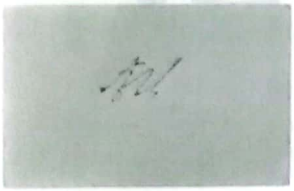
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de atención: 2024-10-17 16:34:16
Fecha de nacimiento: 1977-09-01
Cargo: Otra
Contacto: 3160470832

Yo, **Flavio Juan Cuellar Rodriguez** identificado con cédula de ciudadanía No. **98429889** certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para realizar los examenes y/o procedimientos listados y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

- Examen medico ocupacional periodico

Firma del trabajador



CC. 98429889
Flavio Juan Cuellar Rodriguez

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM 24 SAS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO ASISTENCIAL	Código: FO01-PT01-PA Fecha:22-02-2022 Versión:3 Página: 1-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA DE ATENCIÓN: 17-10-24 FECHA DE NACIMIENTO 24-10-69

CARGO: Instructora CELULAR: 3165387779

Yo, Nolleni Patricia Cardona Diaz identificado con cédula de ciudadanía No. 51 959 459 certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SENA realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

- [X] Examen Médico Ocupacional
- [ ] Visiometría
- [ ] Audiometría
- [ ] Valoración de voz
- [ ] Valoración Psicomotriz
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Psicología

Exámenes de laboratorio

CUADRO HEMÁTICO		COLESTEROL	
GLICEMIA		HEMOCLASIFICACIÓN	
PANEL X 5		KOH UÑAS	
PANEL X2		COPROLÓGICO	
PERFIL LIPÍDICO		TRIGLICÉRIDOS	
SEROLOGÍA 1		FROTIS FARÍNGEO	
SEROLOGÍA 2			
OTROS			

Toma Medicamentos: SI X No ¿Cuáles? Losartan - Dapiridato

Otros Complementarios: Nutrientes: Ginko Biloba, citrato de Magnesio, citrato de potasio Lecitina de Soya., Multivitaminico.

Firma del Trabajador

c.c. No. 51 959 459

REVOCATORIA

Rechazo la atención y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de esta decisión.

Firma del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____

CC. o Huella: _____

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM 24 SAS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO ASISTENCIAL	Código: FO01-PT01-PA Fecha:22-02-2022 Versión:3 Página: 1-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA DE ATENCIÓN: 18-octubre-2024 FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1968

CARGO: Instructora CELULAR: 3128267836

Yo, Yolanda del Socorro Araujo Oliva identificado con cédula de ciudadanía No. 59'666.405 certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SENA-Turbaco realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

- [x] Examen Médico Ocupacional
- [ ] Visiometría
- [ ] Audiometría
- [ ] Valoración de voz
- [ ] Valoración Psicomotriz
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Psicología

Exámenes de laboratorio

CUADRO HEMÁTICO		COLESTEROL	
GLICEMIA		HEMOCLASIFICACIÓN	
PANEL X 5		KOH UÑAS	
PANEL X2		COPROLÓGICO	
PERFIL LIPÍDICO		TRIGLICÉRIDOS	
SEROLOGÍA 1		FROTIS FARÍNGEO	
SEROLOGÍA 2			
OTROS			

Toma Medicamentos: Sí ___ No X ¿Cuáles? _____

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

Yolanda Araujo O

cc No. 59'666.403 TCO

REVOCATORIA

Rechazo la atención y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de esta decisión.

Firma del Paciente: _____
Nombre del Paciente: _____
CC. o Huella: _____

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM / 24 SAS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO ASISTENCIAL	Código: FO01-PT01-PA Fecha: 22-02-2022 Versión: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

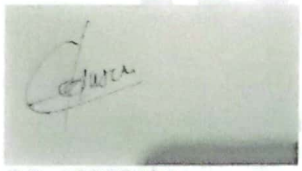
Fecha de atención: 2024-10-22 17:51:23 **Fecha de nacimiento:** 1974-11-18

Cargo: Otra **Contacto:** 3154798629

Yo, **Edinson Banguera Moirongo** identificado con cédula de ciudadanía No. **13056595** certifico que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para realizar los examenes y/o procedimientos listados y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

- Examen medico ocupacional periodico

Firma del trabajador



CC. 13056595
Edinson Banguera Moirongo

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner

IPS AM PM / 24 SAS	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCESO ASISTENCIAL	Código: FO01-PT01-PA Fecha:22-02-2022 Versión:3 Página: 1-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA DE ATENCIÓN: 30 octubre 2020 FECHA DE NACIMIENTO 3 febrero 1971

CARGO: Docente CELULAR: 3165317971

Yo, José Hernán Ruiz Soto identificado con cédula de ciudadanía No. 12918201 certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa Cesar realizará, igualmente autorizo para que sean efectuados los exámenes solicitados y manifiesto que he sido previamente informado del tratamiento de datos y autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a la IPS AM:PM24 SAS para utilizar y dar tratamiento a los datos que he suministrado de manera voluntaria y de forma verídica.

☒ Examen Médico Ocupacional ☐ Visiometría ☐ Audiometría ☐ Valoración de voz

☐ Valoración Psicomotriz ☐ Optometría ☐ Espirometría ☐ Psicología

Exámenes de laboratorio

CUADRO HEMÁTICO		COLESTEROL	
GLICEMIA		HEMOCLASIFICACIÓN	
PANEL X 5		KOH UÑAS	
PANEL X2		COPROLÓGICO	
PERFIL LIPÍDICO		TRIGLICÉRIDOS	
SEROLOGÍA 1		FROTIS FARÍNGEO	
SEROLOGÍA 2			
OTROS			

Toma Medicamentos: Si X No ¿Cuáles? Ibersartan 150mg + hidroclorotiazida.

Otros Complementarios: _____

Firma del Trabajador

c.c. No. 12918201

REVOCATORIA

Rechazo la atención y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de esta decisión.

Firma del Paciente: _____
Nombre del Paciente: _____
CC. o Huella: _____

La IPS AM:PM24 S.A.S. da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10 y a la Ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a lo dispuesto en sus artículos 9 y 12, a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.

Powered by CamScanner