ALCALDÍA DE
ACACÍAS

Señores
OFICINA DE CONTRATACION
Municipio de Acacias

Ref.: Contrato de Prestación de Servicios No. OCA-824-2023

OBJETO: REALIZACION DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS META

En mi condición de jefe de La secretaria Administrativa y Financiera adjunto a la presente los documentos relacionados a continuación, para el trámite del **PAGO FINAL**, correspondiente al **23,52%** del valor del contrato del periodo del **23 DE JUNIO 2024 AL 24 DE AGOSTO 2024,** cumplidas a satisfacción las obligaciones a cargo del contratista.

	DOCUMENTOS	CUMPLIMIENTO		
		SI	NO	N/A
1	**RECONOCIMIENTO Y PAGO**	X		
2	**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.** (debe certificar cuando el contratista allegue TODOS los documentos necesarios para el trámite del pago y/o liquidación, incluida la vigencia de POLIZAS)	X		
3	**INFORME DEL CONTRATISTA**	X		
4	**INFORME DE SUPERVISIÒN Y/O INTERVENTORIA**	X		
5	**INFORME DEL ANTICIPO** (cuando lo hubiere plan de inversión)			X
6	**APROBACIÓN DE POLIZAS ACTUALIZADAS**			X
7	**FACTURA ELECTRÓNICA**	X		
8	**CERTIFICACIÓN DE PARAFISCALES, EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL SEGÚN EL CASO Y ADJUNTAR DOCUMENTOS DE ESTE (PLANILLAS DE SEGURIDAD DEL PERIODO COBRADO)** (certificación de antecedentes y tarjeta profesional) donde se dará cumplimiento por parte del contratista de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar	X		
9	**CERTIFICACIÓN BANCARIA (especial)**	X		
10	**ENTRADAS Y SALIDAS DE ALMACEN MUNICIPAL**			X
11	**ACTA DE TERMINACIÓN** (Con oficio remisorio por supervisor cuando llega fuera de los tiempos de publicación)			X
12	**ACTA DE LIQUIDACIÓN** (Con oficio remisorio por supervisor cuando llega fuera de los tiempos de publicación)	X		
13	**EVALUACION Y REVALUACION PROVEEDORES**			X
14	**ACTA DE RECIBO FINAL (cuando aplique)**			X
15	**OTROS ANEXOS (describir los anexos)**	X		

Nota1. Adicionalmente los requisitos están sujetos a la FORMA DE PAGO establecida en el contrato y las obligaciones pactadas entre las partes.

ALCALDÍA DE
ACACÍAS

Los siguientes documentos se anexarán al final de la carpeta N°1.

COPIA DEL RUT ACTUALIZADO EN LA VIGENCIA	X
COPIA DEL REGISTRO PRESUPUESTAL Y CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL ACTUALIZADO (Anexar el registro de regalías si es necesario)	X

Sin otro particular,

Firmado digitalmente por Aldemar Armando Baquero Bonilla

ALDEMAR ARMANDO BAQUERO BONILLA
Secretario Administrativo y Financiero
Supervisor del contrato No. 824 de 2023

Proyectó: Maria camila camacho
Profesional de Apoyó

FECHA QUE RECIBE	OFICINA QUE RECIBE	RECIBE	CANTIDAD DE FOLIOS	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES
12/12/2024	Oficina de Contratación	Jeyssan Mendez F	123	12/12/2024	V.B para cargar en SECOPII
	Contabilidad				
	Tesorería				
	Oficina de contratación				

ALCALDÍA DE
ACACÍAS

LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA ALCALDÍA DE ACACÍAS – META

CERTIFICA QUE:

EQUIVIDA SALUD OCUPACIONALSAS, identificado con NIT N°900,491,982-8, representado legalmente por **ILSE MARTINEZ VILLAMIL**, identificado con C.C 51969725; cumplió a satisfacción con las obligaciones contractualmente adquiridas a favor del Municipio de Acacias - Meta, conforme a lo pactado en el contrato No 824 de 01 de SEPTIEMBRE del 2023, con objeto: *REALIZACION DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS META*, haciendo procedente el **PAGO FINAL**, correspondiente al periodo de **23 DE JUNIO DEL 2024 AL 24 DE AGOSTO DEL 2024**, por valor bruto de **OCHO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($8.480.500).**

Igualmente; recibí evidencia del avance de ejecución de las obligaciones contractuales, verificó y certificó el cumplimiento del pago de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social en +Salud y Pensión del contratista en mención, en los plazos establecidos por ley, los cuales se remiten en original adjuntos a la presente, para ser incorporado en la respectiva carpeta contractual de la Oficina de Contratación.

El valor a pagar se afectará así:

REGISTRO PPTAL	RUBRO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DE LA CUENTA / RUBRO	VALOR A PAGAR
2023001664	8.1.2.02.02.009.93121	1.2.1.0.00	Seguridad y Salud Laboral	$8.480.500

El pago se debe abonar a la cuenta de **CORRIENTE No. 357107606** del Banco **DE BOGOTA.**

La presente certificación se expide conforme a los requisitos establecidos en la FORMA DE PAGO del contrato; en Acacias-Meta, a los DOCE (12) días del mes de NOVIEMBRE DEL 2024.

Firmado digitalmente por Aldemar Armando Baquero Bonilla

ALDEMAR ARMANDO BAQUERO BONILLA
Secretario Administrativo y Financiero
Supervisor del contrato No. 824 de 2023

Proyectó: Maria camila camacho
Profesional de Apoyo
Reviso: Hader Alberto Riveros Beltrán
Abogado contratista

DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD
EXÁMENES OCUPACIONALES

Proceso intencionado y organizado para identificar, describir y analizar y evaluar los indicadores que permitan conocer las características y los determinantes del nivel de salud de una comunidad y los individuos que la integran.

MUNICIPIO DE ACACIAS
NIT: 892.001.457

DOCUMENTO ELABORADO POR:

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD OCUPACIONAL

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL,
Resolución No.7914 de mayo de 2022

INTERVIENE:
DANIELA SÁNCHEZ MARTÍNEZ
MEDICO ESP. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO
Licencia: 3441/16
RM: 15834

Villavicencio, septiembre 2024

1. INTRODUCCION

El diagnóstico de condiciones de salud para la empresa **MUNICIPIO DE ACACIAS** se basa en un análisis profundo del estado de salud de sus trabajadores con el fin de identificar las enfermedades más frecuentes y determinar sus causas, de manera que se puedan implementar soluciones oportunas y se minimice el impacto que puedan causar.

Para un desarrollo efectivo del diagnóstico, los profesionales de Equivida salud Ocupacional, tienen en cuenta todas las variables que pueden incidir en el estado de salud de los trabajadores, tales como: características demográficas, antecedentes, morbilidad, examen físico, diagnóstico, características de las tareas, estadísticas de ausentismo; además de las características del perfil del cargo definidas por la empresa

La información resultante del diagnóstico de condiciones de salud de los trabajadores permite establecer unos criterios claves de intervención, con el propósito de reducir la accidentalidad en el trabajo y el desarrollo de casos ocupacionales, además se convierte en un insumo imprescindible para la definición de subprogramas de salud ocupacional como: Ergonomía, Vigilancia epidemiológica, Pausas activas y otros evitando desarrollar actividades que quizás no requiere la empresa.

Tomando como referente la Resolución 2346 de 2007 en donde se definen las evaluaciones medicas ocupacionales, se han realizado las siguientes evaluaciones:

A. Evaluaciones médicas Pre ocupacionales o de pre ingreso

Son aquellas que se realizan para determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador antes de su contratación, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.

El objetivo es determinar la aptitud del trabajador para desempeñar en forma eficiente las labores sin perjuicio de su salud o la de terceros, comparando las demandas del oficio para el cual se desea contratar con sus capacidades físicas y mentales; establecer la existencia de restricciones que ameriten alguna condición sujeta a modificación, e identificar condiciones de salud que, estando presentes en el trabajador, puedan agravarse en desarrollo del trabajo.

El empleador tiene la obligación de informar al médico que realice las evaluaciones médicas pre ocupacionales, sobre los perfiles del cargo describiendo en forma breve las tareas y el medio en el que se desarrollará su labor.

En el caso de que se realice la contratación correspondiente, el empleador deberá adaptar las condiciones de trabajo y medio laboral según las recomendaciones sugeridas en el reporte o certificado resultante de la evaluación medica pre ocupacionales.

Parágrafo. El médico debe respetar la reserva de la historia clínica ocupacional y sólo remitirá al empleador el certificado médico, indicando las restricciones existentes y las recomendaciones o condiciones que se requiere adaptar para que el trabajador pueda desempeñar.

Artículo 5°. Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas. Las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas se clasifican en programadas y por cambio de ocupación.

A. Evaluaciones médicas periódicas programadas. Se realizan con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. Así mismo, para detectar enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo.

Dichas evaluaciones deben ser realizadas de acuerdo con el tipo, magnitud y frecuencia de exposición a cada factor de riesgo, así como al estado de salud del trabajador. Los criterios, métodos, procedimientos de las evaluaciones médicas y la correspondiente interpretación de resultados, deberán estar previamente definidos y técnicamente justificados en los sistemas de vigilancia epidemiológica, programas de salud ocupacional o sistemas de gestión, según sea el caso.

B. Evaluaciones médicas por cambios de ocupación. El empleador tiene la responsabilidad de realizar evaluaciones médicas al trabajador cada vez que éste cambie de ocupación y ello implique cambio de medio ambiente laboral, de funciones, tareas o exposición a nuevos o mayores factores de riesgo, en los que detecte un incremento de su magnitud, intensidad o frecuencia. En todo caso, dichas evaluaciones deberán responder a lo establecido en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, programa de salud ocupacional o sistemas de gestión.

Su objetivo es garantizar que el trabajador se mantenga en condiciones de salud física, mental y social acorde con los requerimientos de las nuevas tareas y sin que las nuevas condiciones de exposición afecten su salud.

Parágrafo. Los antecedentes que se registren en las evaluaciones médicas periódicas deberán actualizarse a la fecha de la evaluación correspondiente y se revisarán comparativamente, cada vez que se realicen este tipo de evaluaciones.

2. DEFINICIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: Acto médico mediante el cual se interroga y examina a un trabajador, con el fin de monitorear la exposición a factores riesgo y determinar la existencia de consecuencias en la persona por dicha exposición.

EXPOSICION A UN FACTOR DE RIESGO: Se considera exposición a un factor de riesgo, la presencia del mismo en cualquier nivel de intensidad o dosis.

PERFIL DEL CARGO Conjunto de demandas fisicas, mentales y condiciones específicas, determinadas por el empleador como requisitos para que una persona pueda realizar determinada función o tarea.

REINTEGRO LABORAL: Actividad de reincorporación del trabajador al desempeño de una actividad laboral, con o sin modificaciones, en condiciones de competitividad, seguridad y confort, después de una incapacidad temporal o ausentismo, Así como también, actividades de reubicación laboral temporal o definitiva o reconversión de mano de obra.

VALORACION O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Son evaluaciones o exámenes clínicos o paraclínicos realizados para complementar un determinado estudio en la búsqueda o comprobación de un diagnóstico.

REVALENCIA: Proporción de individuos que padecen una enfermedad, en una población definida y en un momento determinado.

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\text{No. de casos de la enfermedad}}{\text{No. de trabajadores}}$$

MEDIDAS DE ASOCIACIÓN: Estas medidas son de utilidad cuando se desea determinar si existe una asociación entre una variable independiente (factor de riesgo) y una dependiente (efecto)

RAZÓN DE TASAS DE INCIDENCIA: Es el cociente entre las tasas de incidencia de una enfermedad, para dos grupos que difieren en su exposición a un posible factor de riesgo, para la enfermedad bajo estudio.

3. OBJETIVO

Determinar las condiciones de salud de los trabajadores durante su proceso laboral, en función de las condiciones de trabajo a las que se encuentran expuestos, acorde con los requerimientos de la tarea y el perfil del cargo de la empresa **MUNICIPIO DE ACACIAS** realizados en el periodo comprendido entre el 01 de agosto del año 2023 al 24 de agosto del año 2024.

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las principales características socio demográficos y de morbilidad de la población examinada durante el periodo comprendido entre el 01 de agosto del año 2023 al 24 de agosto del año 2024.
- Recomendar medidas preventivas y acciones correctivas que permitan reducir la ocurrencia accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- Recomendar sistemas de vigilancia epidemiológica y programas de promoción y prevención prioritarios para **MUNICIPIO DE ACACIAS** de acuerdo con el Diagnóstico de Condiciones de Salud establecido en el presente informe.
- Determinar las patologías de Origen común de mayor ocurrencia que presentan los colaboradores con el propósito de monitorear el estado de salud y posibles consecuencias.

5. POBLACION

El presente Diagnóstico de Condiciones de Salud de la empresa **MUNICIPIO DE ACACIAS** se realiza a partir de la información obtenida durante las evaluaciones médicas ocupacionales realizadas durante el periodo comprendido entre el 01 de agosto del año 2023 al 24 de agosto del año 2024.

6. PROCEDIMIENTO

Se analizan las diferentes variables de la historia clínica ocupacional, los resultados de los laboratorios y otras pruebas que se hayan definido para las evaluaciones médicas de los trabajadores, a los diferentes cargos de la empresa; lo que permitirá determinar cuáles son los programas y/o sistemas de vigilancia epidemiológica prioritarios de acuerdo al factor de riesgo predominante en el medio laboral y actualizar el Diagnóstico de las Condiciones de salud de los trabajadores de la empresa.

La Historia Clínica Ocupacional de EQUIVIDA SAS es un instrumento unificado y actualizado, que reúne las principales variables demográficas, clínicas y paraclínicas, definidas en la legislación colombiana en Salud Ocupacional para la realización de las evaluaciones medicas ocupacionales y estructurar el correspondiente diagnóstico de Condiciones de Salud empresarial.

7. FUENTE Y FORMATO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Historia Medica Ocupacional, contiene la validación de las variables objeto de estudio para ser analizadas y permitir dar un resultado detallado de cada uno de los ítems establecidos.

8. MARCO LEGAL

El Consejo Nacional de Riesgos Profesionales en su función de recomendar las normas técnicas de salud ocupacional que regulan el control de los factores de riesgo, mediante Acuerdo número 004 de 2001, quien avaló las recomendaciones en cuanto a la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales; estas se regulan de acuerdo con la resolución 2346 de 2007 para la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Que conforme al Decreto 614 de 1984 es obligación de los empleadores organizar y garantizar el funcionamiento de un programa de salud ocupacional; según lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 10 de la Resolución 1016 de 1989, la realización de las evaluaciones médicas ocupacionales es una de las principales actividades de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo;

Las evaluaciones médicas ocupacionales constituyen un instrumento importante en la elaboración de los diagnósticos de las condiciones de salud de los trabajadores para el diseño de programas de prevención de enfermedades, cuyo objetivo es mejorar su calidad de vida.

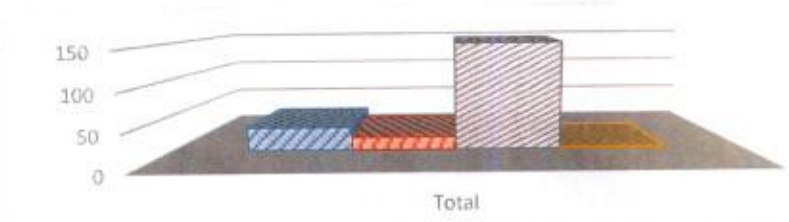
9. ANALISIS E INTEPRETACION DE LA INFORMACION

A partir de la historia Clínica de los exámenes ocupacionales se pueden establecer y analizar las siguientes variables:

9.1 DISTRIBUCION SOCIODEMOGRAFICA

Mediante el análisis de las variables descritas a continuación se describe el perfil sociodemográfico de la población evaluada.

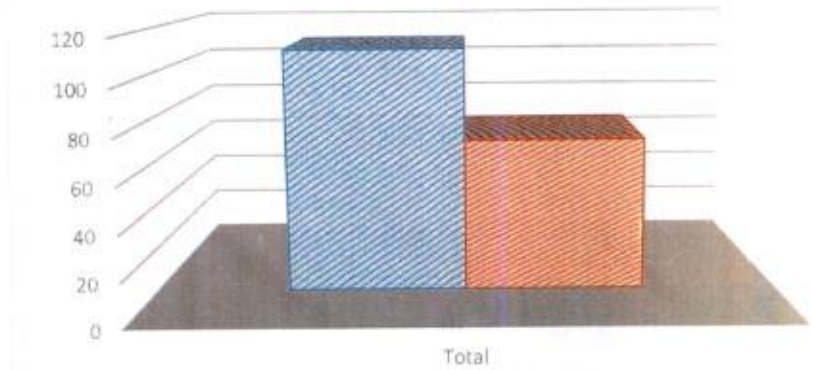
- **DISTRIBUCION POR TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL**



	Total
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	32
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO	18
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO	148
VALORACION MÉDICA POS INCAPACIDAD	1

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

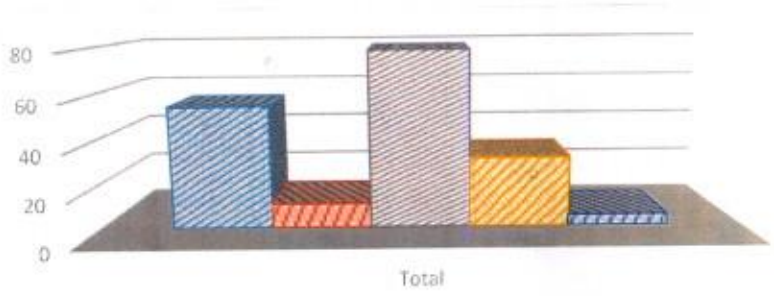
- **DISTRIBUCION POR GENERO**



	Total
FEMENINO	110
MASCULINO	69

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

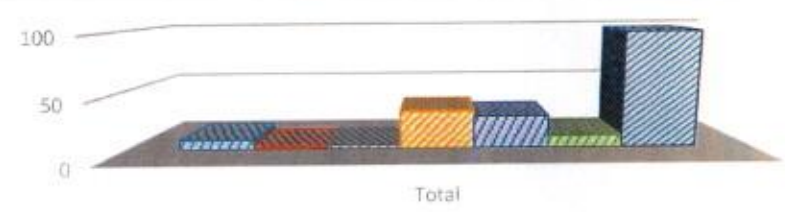
- **DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL**



	Total
Casado(a)	54
Separado(a)	11
Soltero(a)	78
Union Libre	31
Viudo(a)	5

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

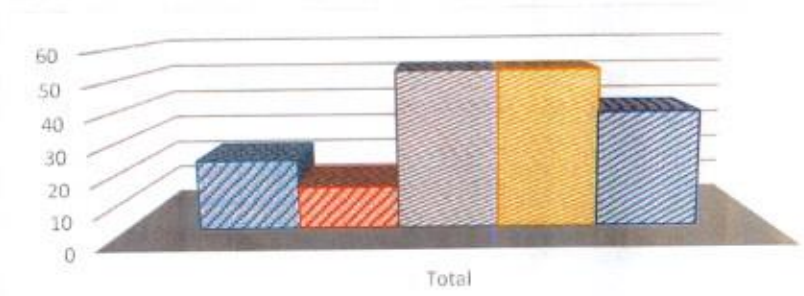
- **DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD**



	Total
Especializacion	8
Posgrado	2
Primaria	3
Secundaria	32
Tecnico	27
Tecnologo	10
Universitario	97

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

- **DISTRIBUCION POR EDAD**



	Total
>60	23
20-29	14
30-39	52
40-49	52
50-59	38

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

- **DISTRIBUCION POR CARGO**



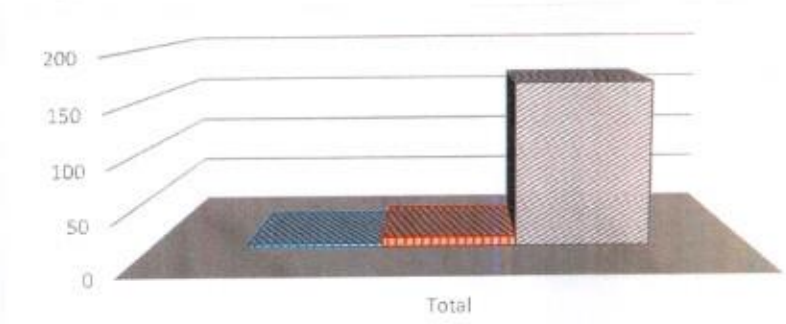
	Total
ALCALDE	2
ALMACENISTA GENERAL	2
AUXILIAR DE SERVICIOS	2
AYUDANTE	2
CELADOR	3
COMISARIO DE FAMILIA	1
CONDUCTOR	3
CONTADOR	1
INSPECTOR DE POLICIA	5
OPERARIO	4
TECNICO OPERATIVO	27
TESORERA GENERAL	2
AUXILIAR (ADMINISTRATIVO- ENFERMERIA - AREA DE LA SALUD)	32
PROFESIONAL (UNIVERSITARIO - ESPECIALIZADO)	60
JEDE (OFICINA - JURIDICA - TIC)	14
SECRETARIO (A) (DESPACHO- EJECUTIVO- FOMENTO)	19

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

9.2. ANALISIS DE HABITOS TOXICOS DE LA POBLACION

Los resultados de los exámenes aportan datos acerca de los hábitos de vida de las personas, dentro de estos encontramos el consumo de cigarrillo, consumo de alcohol y sedentarismo que son importantes porque se consideran factores de riesgo dentro de las causas de morbilidad y mortalidad por riesgo cardiovascular y metabólico para la población evaluada.

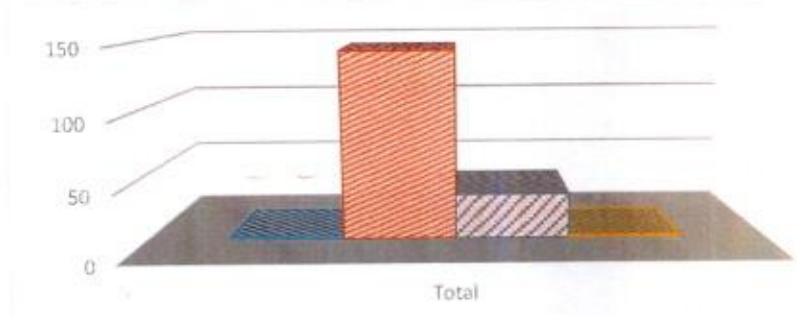
- **DISTRIBUCION POR TABAQUISMO**



	Total
Ex-fumador	4
Fumador	10
No fuma	165

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

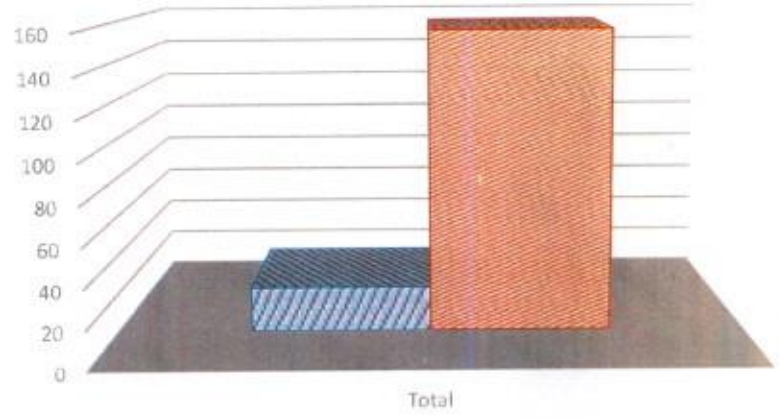
- **DISTRIBUCION POR CONSUMO DE ALCOHOL**



	Total
Mensual	2
No Consume	142
Ocasional	34
Semanal	1

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

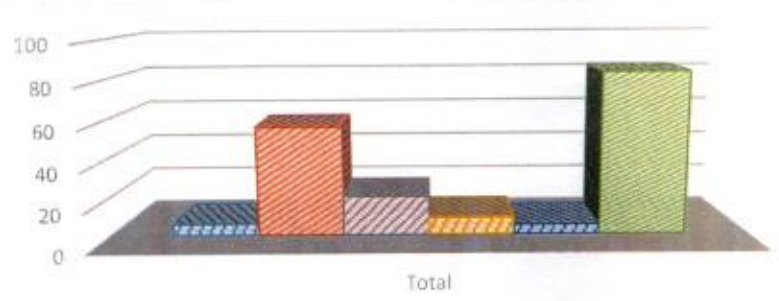
- **DISTRIBUCION POR ACTIVIDAD FISICA**



	Total
Fisicamente Activo (a)	23
Sedentario (a)	156

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

- **DISTRIBUCION POR ESTADO NUTRICIONAL**



	Total
Delgado	6
Normal	56
Obesidad I	20
Obesidad II	9
Obesidad III	5
Sobrepeso	83

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

9.3. DISTRIBUCION POR EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Para todas las empresas es importante la realización de los exámenes complementarios durante las valoraciones ocupacionales, estos van ligados a la matriz de riesgos y profesiograma por cargos determinado por el programa de medicina preventiva.

A continuación, se describen los estudios realizados para la población según los riesgos a los cuales están expuestos.

- **DISTRIBUCION POR AUDIOMETRIA**



	Total
EFECTOS DEL RUIDO SOBRE EL OIDO INTERNO	8
EXAMEN DE LA AUDICION NORMAL	108
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	35
OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES	19

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

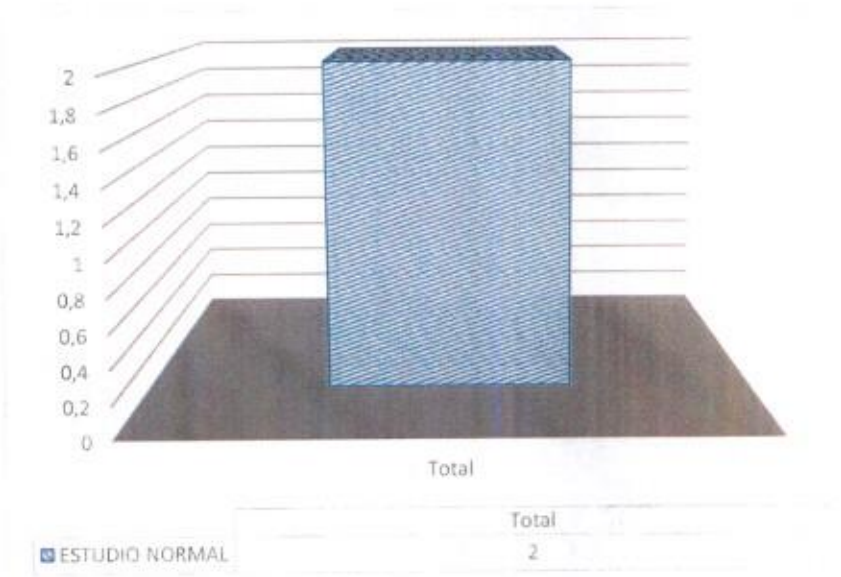
- **DISTRIBUCION POR OPTOMETRIA**



	Total
AMBLIOPIA EX ANOPSIA OI	1
ANISOMETROPIA Y ANISEICONIA	8
ASTIGMATISMO	48
CATARATA SENIL NUCLEAR OI	1
EXAMEN DE LA VISION NORMAL	37
HIPERMETROPIA	17
MIOPIA	16
PRESBICIA	42

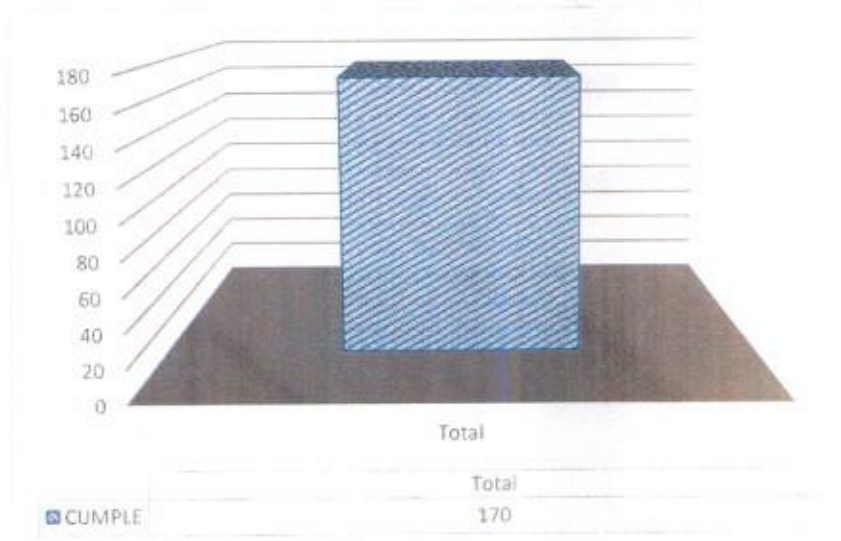
Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

- **DISTRIBUCION POR ESPIROMETRIA**



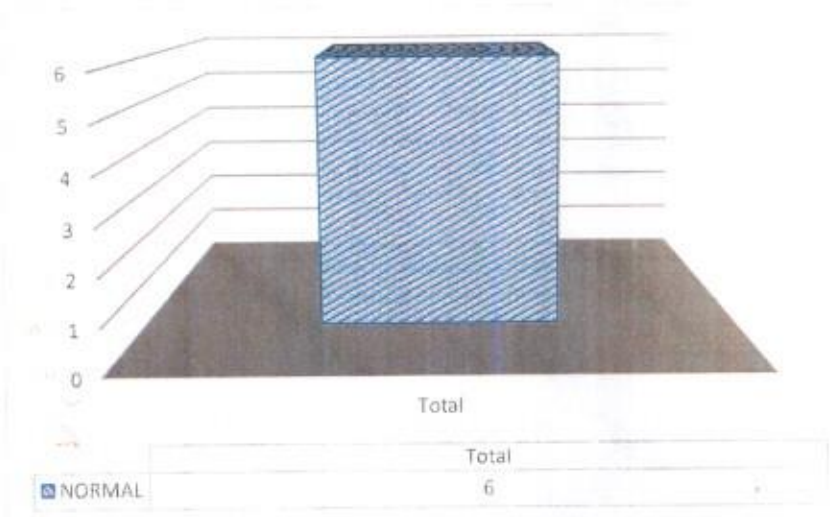
Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

- **DISTRIBUCION POR PSICOLOGIA**



Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

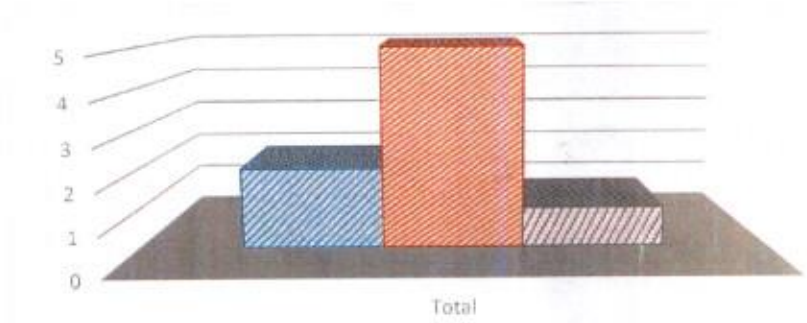
- **DISTRIBUCION POR PRUEBA PSICOSENSOMETRICA**



	Total
NORMAL	6

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

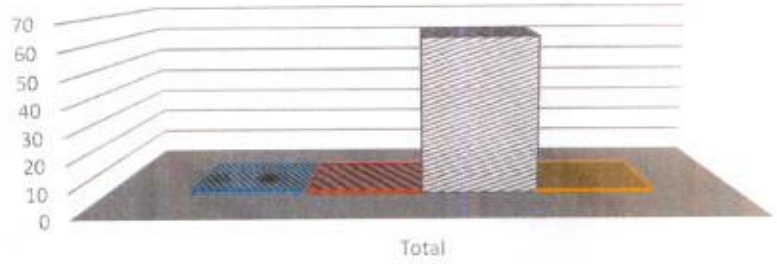
- **DISTRIBUCION POR RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA**



	Total
ESTUDIO NORMAL	2
OSTEOCONDROSIS DE LA COLUMNA VERTEBRAL DEL ADULTO	5
OSTEOFITO	1

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

- **DISTRIBUCION POR ELECTROCARDIOGRAMA**



	Total
ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	1
ARRITMIA POR REENTRADA VENTRICULAR	1
ESTUDIO NORMAL	62
TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA	1

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

- **DISTRIBUCION POR LABORATORIOS**



	Total
Cuenta de GLICEMIA NORMAL	172
Cuenta de GLICEMIA ANORMAL	6
Cuenta de COLESTEROL TOTAL NORMAL	78
Cuenta de COLESTEROL TOTAL ANORMAL	100
Cuenta de TRIGLICERIDOS NORMAL	111
Cuenta de TRIGLICERIDOS ANORMAL	67
Cuenta de KOH NORMAL	2
Cuenta de KOH ANORMAL	
Cuenta de COPROLOGICO NORMAL	2
Cuenta de COPROLOGICO ANORMAL	
Cuenta de FROTIS FARINGEO NORMAL	2
Cuenta de FROTIS FARINGEO ANORMAL	
Cuenta de CUADRO HEMATICO NORMAL	166
Cuenta de CUADRO HEMATICO ANORMAL	12
Cuenta de CREATININA NORMAL	105
Cuenta de CREATININA ANORMAL	1
Cuenta de SUSTANCIAS NORMAL	177
Cuenta de SUSTANCIAS ANORMAL	1

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

Clasificación de los resultados de los exámenes de laboratorio:

CANTIDAD	EXAMEN	NORMAL	ANORMAL
178	Glicemia	96.7%	3.3%
178	Colesterol	43.9%	56.1%
178	Triglicéridos	62.3%	37.7%
2	Koh	100%	
2	Coprológico	100%	
2	Frotis Faríngeo	100%	
178	Cuadro Hemático	93.2%	6.8%
106	Creatinina	99%	1%
178	Sustancias	99.4%	0.6%

A los trabajadores con resultados anormales en sus pruebas de laboratorio se les recomendó seguimiento por parte de su EPS, con el objetivo de realizar un estudio más detallado y corregir los posibles trastornos encontrados.

9.4 DESCRIPCION DE CAUSAS DE MORBILIDAD Y CONCEPTOS OCUPACIONALES.

Las causas de morbilidad en la población no solo incluyen las encontradas con los exámenes paraclínicos sino también las identificadas mediante la anamnesis en las valoraciones médicas. De estas la mayoría no son de origen laboral, pero son un punto importante a tener en cuenta para el programa de medicina preventiva pues son de las principales causantes de ausentismo por incapacidad y deben tener un control e intervención clara con fin de minimizar estos índices.

- **DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO OCUPACIONAL PRINCIPAL**



	Total
ADULTO SANO	50
ALTERACION IMC (AUMENTO ANORMAL DE PESO-OBESIDAD)	83
CALCULO DEL RIÑON	1
CONDROMALACIA DE LA ROTULA	1
CONTRACTURA MUSCULAR	1
DEFECTOS DE LA REFRACCION (MIOPIA- HIPERMETROPIA - ASTIGMATISMO - PRESBICIA)	9
DIABETES MELLITUS	5
DISLIPIDEMIA (HIPERLIPIDEMIA- HIPERGLICERIDEMIA)	4
DOLOR EN ARTICULACION	1
EMBARAZO CONFIRMADO	2
EPICONDILITIS MEDIA	1
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	18
HIPOACUSIA (NO ESPECIFICADA - CONDUCTIVA)	2
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	6
LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION	4
OTRAS ARTRITIS ESPECIFICADAS	1
PATOLOGIAS DE PARED ABDOMINAL (HERNIA UMBILICAL)	2
RIÑON POLIQUISTICO, TIPO NO ESPECIFICADO	2
SINDROME DE LA ARTICULACION CONDROCOSTAL [TIETZE]	1
SINDROME SECO [SJ"GREN]	1
TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA	1
TUMOR MALIGNO DE LA AMIGDALA, PARTE NO ESPECIFICADA	1
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	2

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

- **DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO OCUPACIONAL RELACIONADO**



	Total
AFONIA	1
ALTERACION IMC (AUMENTO ANORMAL DE PESO - OBESIDAD)	26
ANISOMETROPIA Y ANISEICONIA	1
ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	2
CONTRACTURA MUSCULAR	1
DEFECTOS DE LA REFRACCION (ASTIGMATISMO - HIPERMETROPIA - MIOPIA - PRESBICCIA)	52
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	2
DISLIPIDEMIA (HIPERLIPIDEMIA- HIPERCOLESTEROLEMIA - HIPERGLICERIDEMIA)	35
EFECTOS DEL RUIDO SOBRE EL OIDO INTERNO	2
ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA PROSTATA, NO ESPECIFICADA	1
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	15
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	4
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1
LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION	3
OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES	6
PATOLOGIAS DE COLUMNA (TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES - ESCOLIOSIS)	2
PATOLOGIAS DE PARED ABDOMINAL (HERNIA UMBILICAL- HERNIA INGUINAL)	6
POLIARTROPATIA INFLAMATORIA	1
RESULTADOS ANORMALES EN ESTUDIOS FUNCIONALES DEL RIÑON	1
RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	1
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	1
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES	3
VITILIGO	1

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

- **DISTRIBUCION POR CONCEPTOS DE APTITUD**



	Total
EL ASPIRANTE ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES ES	30
PACIENTE NO TERMINA CON EL PROCESO.	4
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR	136
REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL	1
SE REALIZÓ VALORACIÓN MÉDICA DE EGRESO.	18
SE RECOMIENDA VALORACIÓN MÉDICA EN SU EPS.	10

Fuente: Historias médico laboral: Custodia IPS Equivida Salud Ocupacional 2023-2024

10. CONCLUSIONES

Mediante el análisis de los resultados de los exámenes ocupacionales periódicos, realizados a la población de la empresa, se obtienen las siguientes conclusiones, con base en las causas de morbilidad y perfil sociodemográfico registrado en las historias clínicas ocupacionales:

Se describe una población con predominio del género femenino 61.4% con edades en el rango de adulto joven 65.9%, y población con vínculos afectivos no definidos 52.5% es decir solteros, presentando estudios universitarios 54.1%, sin encontrar ningún hallazgo de analfabetismo, y el cargo de mayor relevancia es el de profesionales universitarios 33.5%.

A través del análisis de los datos se describe también los hábitos de la población, acordes a estilos de vida saludables encontrando que el 94.4% niega consumo de cigarrillo, y el 79.3% niega consumo de alcohol, por otro lado, es importante mencionar en este punto

dos factores de riesgo cardiovascular presentes como lo son el sedentarismo en el 87.1% de la población, que va de la mano con los hallazgos de obesidad 18.9% y sobrepeso con un 46.3% para un total de 65.2%, más de la mitad de la población, relacionados como causa de patologías metabólicas y cardiovasculares en el futuro.

En cuanto al perfil de morbilidad y mortalidad de la población se destacaron varios puntos, en primer lugar, el descrito previamente que fue la patología metabólica dada por la alteración del índice de masa corporal, asociado también a presencia de dislipidemias (colesterol 56.1% y triglicéridos altos 37.7% de resultados anormales) y glicemia alterada en el 3.3%.

Por otro lado, las patologías visuales ocupan gran parte de los diagnósticos encontrados con un 78.2% de prevalencia, destacándose el astigmatismo con un 28.2% las cuales deben ser tenidas en cuenta para el seguimiento oportuno en la entidad de salud.

Aunado a las patologías metabólicas, tenemos el diagnostico de hipertensión arterial, patología de origen común, y presentada generalmente en población mayor, en donde se encuentran valores alterados, que deben ser controlados bajo adherencia a medicación y cambios en las hábitos y estilos de vida, sumado a la alteración en el electrocardiograma en un 4.6% se hace aún más necesario, el seguimiento en el programa de crónicos de la Eps, es fundamental para el control adecuado de este parámetro.

En orden descendente de la tabla de diagnósticos, encontramos según los resultados de los paraclínicos, las alteraciones auditivas identificadas en la audiometría con una prevalencia 36.4%, destacándose la Hipoacusia con un 20.5% la cual es debida a caídas auditivas en frecuencias conversacionales, es importante determinar la causa de esta perdida, como la edad avanzada, antecedentes de infecciones repetitivas, el uso de audífonos de música constante, no tener un reposo auditivo adecuado, tapón de cera, o simplemente un mal seguimiento a las instrucciones a la hora de realizar el examen, adicional a lo anterior, un factor predisponente es exposición a ruido mayor de 75db, y constante intra o extralaboral, que puede ocasionar tal lesión auditiva. Se recomienda acudir a la eps, para realizar seguimiento con audiometría tonal de manera semestral e identificar el avance de la pérdida auditiva o no, y evaluar necesidad de estudios complementarios ordenados por otorrinolaringólogo.

Los demás exámenes ocupacionales obtuvieron un porcentaje de normalidad del 100% para, prueba psicosensometrica, prueba psicológica, y en la espirometría, y por último el paraclínico de radiografía de columna lumbosacra obtuvo un 75% de anormalidad encontrando hallazgos degenerativos propios de la edad, por lo que es importante identificar si el riesgo al interior de sus actividades es latente para dar inicio a medidas preventivas y su control.

En el concepto medico de manera personalizada se registran las recomendaciones médicas de acuerdo a los hallazgos patológicos de manera individual según el caso, los cuales deben ser tenidas en cuenta para el seguimiento oportuno en la entidad de salud, pudiendo precisar que estos hallazgos no generaran restricciones para ejercer la labor, ni mucho menos reubicaciones.

11. RECOMENDACIONES

La empresa **MUNICIPIO DE ACACIAS,** puede coordinar esfuerzos para la realización del siguiente programa:

1. Programa de Autocuidado, Salud y Bienestar.

Encaminado a la Promoción y Prevención (PYP), estas actividades realizadas y enfocadas en la protección de los trabajadores para la prevención de las enfermedades, y orientadas en los diagnósticos presentes en este informe de condiciones de salud, logrando mantener y mejorar la salud y calidad de vida de los colaboradores, e incentivando la intervención del programa de promoción a la salud y prevención a la enfermedad, con seguimiento oportuno de IMC, tensión arterial, peso, perímetro abdominal, además de esto el realizar diagnósticos de manera oportuna, nos ayuda a generar un tratamiento adecuado y evaluar los factores de riesgo personales para evitar el deterioro de las patologías; a través de este programa se orienta y se explica el autocuidado personal (conjunto de acciones que emprende una persona en beneficio de su salud y bienestar), y generar al interior de la organización una cultura de **autoprotección**, y que el personal entienda que los hábitos y estilos de vida saludables previene y disminuye la aparición de patologías en el futuro.

2. Programa de conservación visual:

De acuerdo a los resultados obtenidos en el informe, este programa nos permite disminuir la incidencia del riesgo físico, contribuir a la prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno, por medio de la identificación de riesgos asociados a la posible pérdida de capacidad visual de los colaboradores, es importante tener en cuenta los factores del ambiente de trabajo que puedan afectar esta condición, además de las preexistencias o condiciones individuales de la persona, por otro lado incentivar la realización de pausas activas visuales esto ayuda a disminuir la fatiga visual y prevenir síntomas como picazón, enrojecimiento, lagrimeo, ojo seco e incluso hasta fuertes dolores de cabeza, adicional a lo anterior pacientes usuarios de corrección visual, deben tener seguimiento por optometría de manera anual con chequeos con el oftalmólogo según requerimiento.

Luego del análisis de los diferentes factores evaluados mediante los exámenes ocupacionales realizados y establecer las conclusiones en cuanto a perfil sociodemográfico y de morbilidad se generaron las siguientes recomendaciones para el programa de medicina preventiva con el fin de mejorar el estado de salud de los trabajadores.

• Se recomienda continuar con la práctica de los exámenes ocupacionales según la normatividad vigente con el fin de conocer el diagnostico de salud de la población y poder intervenir de forma positiva en el mismo por parte de los programas de medicina preventiva de la empresa.

• Por otro lado el riesgo cardiovascular prevalece, ya que es una población en su mayoría sedentaria, con índices de masa corporal elevados, y alteración metabólica, evaluada en los exámenes de sangre, adicional cuenta con trabajadores con diagnóstico establecido de hipertensión arterial, por lo que se debe intervenir este punto, con actividades lúdico

deportivas, incentivando los hábitos y estilos de vida saludables, y campañas de alimentación balanceada, toma de tensión arterial de manera ocasional, adicional al seguimiento de los paraclínicos en sangre para evaluar la evolución y mejoría de los mismos parámetros en los programas de crónicos de las entidades de salud tratantes.

• Uso adecuado de elementos de protección personal, en especial para protección auditiva si el ruido es mayor a 75 db en aquellos trabajadores con algún grado de disminución auditiva. Los trabajadores expuestos a ruido, deben ser objeto de vigilancia durante el tiempo que perdure su exposición, adicional se sugiere realizar estudios audiológicos complementarios en la Eps, por otorrinolaringólogo nos ayuda a definir la causa de la perdida y el manejo adecuado de la misma.

• Incentivar a la población trabajadora a continuar en el proceso de capacitaciones y estudios complementarios a su formación académica ya que les permite mejorar los procesos.

• Es importante que a personas que se les identificaron patologías de origen común se les tenga en cuenta para verificar controles médicos, adherencia a tratamientos con el fin de minimizar los índices de ausentismo por esta causa.

DRA. DANIELA SÁNCHEZ MARTÍNEZ
MEDICO ESP. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO.
Licencia S.S.T. 3441-16

DOCUMENTO BASE PARA LA ASESORIA EN
MEDICIÓN DE NIVELES DE RUIDO (SONOMETRÍAS)

ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS META

ASESORADO POR:
ALEXANDER CUBILLOS CASTELLANOS
LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD PARA EL TRABAJO 12758

ACACIAS, META AGOSTO DE 2024

Ing. Alexander Cubillos Castellanos Lic. SST 12758 SDS Nov de 2016

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

- Razón social de la empresa cliente: ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS META
- Actividad: Administración y gobierno del municipio
- Dirección: Alcaldía de acacias, (Normal, Secretaria de Salud, Infraestructura y gobierno)
- Teléfono: 3118447858

1. INTRODUCCIÓN.

Día a día las administradoras de riesgos laborales, las empresas de los distintos sectores económicos y sus respectivos departamentos de seguridad y salud en el trabajo, conscientes de la importancia del correcto desarrollo de los sistemas de gestión, deciden realizar distintos tipos de evaluaciones que les permitan encontrar desviaciones en su funcionamiento y que al mismo tiempo permitan plantear soluciones a los problemas que puedan suscitarse.

Por esta razón se decide realizar en la empresa ALCALDÍA DE ACACIAS, en sus locaciones ubicadas en el municipio Acacias Meta, una evaluación que permita determinar la exposición ocupacional al factor de riesgo ruido, en áreas específicas de interés para la empresa.

Para la realización de éste estudio se han seguido los términos de referencia establecidos en las resoluciones 2400 de 1979 y 1792 de 1990 en relación con la prevención y control de la contaminación por ruido.

Esperamos que este informe sirva como herramienta para el desarrollo de actividades preventivas y correctivas dentro del programa de vigilancia epidemiológica de la empresa.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Establecer la exposición ocupacional al factor de riesgo ruido en las distintas áreas de interés para la empresa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Evaluar mediante sonometrías los niveles de ruido producidos en las distintas actividades de importancia para la empresa.
- Comparar los resultados obtenidos con los parámetros expresados en la normatividad vigente en nuestro país.
- Generar recomendaciones de manera general y específico que permitan a la empresa tomar las mejores decisiones en relación con el factor de riesgo evaluado.

3. TERMINOLOGÍA.

Para una mejor comprensión de los aspectos que se tratan en este informe se definen los siguientes términos.

Ruido: Sonido u otra alteración desagradable o no deseado. Por extensión, cualquier alteración no deseada dentro de una banda de frecuencia útil, como ondas eléctricas inadecuadas en un canal o aparato de transmisión.

Fuente sonora: Fuente que irradia sonido por igual en todas las direcciones.

Decibel: Unidad en la que se expresa el nivel de presión sonora, y en general la relación entre dos valores de presión.

La magnitud de la presión sonora en decibelios viene dada por la expresión:

PAE=Presión Acústica Existente
PAR= Presión Acústica de Referencia.

$$20\log \frac{PAE}{PAR} = 10 \log \frac{(PAE)^2}{(PAR)^2}$$

Donde se toma como presión acústica de referencia la correspondiente al umbral de percepción: 2 x 10-5 N/m2.

Decibel A: Unidad del nivel sonoro en el cual se expresan habitualmente los resultados de las mediciones de ruido e incluye la ponderación con que el oído humano percibe el sonido. Se nota dB (A), o dB.

Leq: Es el nivel promedio sonoro integrado acumulado que en un tiempo t equivale a las presiones sonoras de diferentes intensidades que se produjeron en ese tiempo t, es un promedio del nivel de ruido en un intervalo de tiempo. Con el nivel equivalente se mide el ruido continuo.

Protector Auditivo Tipo Inserción: Dispositivo de protección auditiva que se lleva dentro del canal auditivo externo.

Protector Auditivo Tipo Copa: Dispositivo de protección auditiva que consta de diadema, cojinetes y espuma y se coloca sobre la cabeza.

Promedio Ponderado en el Tiempo (TWA): Es el nivel de presión sonora promedio ponderado en el tiempo, que recibe un trabajador durante su jordana labora. Este valor es un dato útil para determinar el tipo de elementos de protección auditiva requerido por los trabajadores.

Valor límite permisible (TLV): Es el valor del nivel de presión sonora, por debajo del cual se cree que un trabajador promedio no tendrá alteraciones en su salud (en su audición) recibiendo una exposición al factor de riesgo (ruido) cuando se expone 8 horas/día, 5 días/semana.

Estos valores solo se deben usar como guías en el control de la exposición al ruido, y debido a susceptibilidades individuales no se deben considerar como líneas divisorias entre niveles seguros y peligrosos (Conferencia Americana de Higienistas Industriales del gobierno, ACGIH).

Contaminación por ruido: cualquier emisión sonora que afecte adversamente la salud o seguridad de los seres humanos, la propiedad o el disfrute de la misma.

Ruido Continuo: es aquel cuyo nivel de presión sonora permanece constante, con fluctuaciones hasta de un segundo, y que no presenta cambios repentinos durante su emisión.

Ruido Impulsivo o de Impacto: es aquel cuyas variaciones en los niveles de presión sonora involucran valores máximos o de impacto.

Dosis de ruido: Es la energía sonora recibida por el oído durante un período de tiempo determinado. Un trabajador recibe una dosis de ruido del 100% cuando la exposición a es igual al límite permisible.

NOCIONES BÁSICAS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL OÍDO

El sonido o energía acústica se crea por las variaciones de presión del aire y se propaga en forma de onda. Cuando la energía vibratoria golpea sobre el oído, es registrada por el cerebro por intermedio de los tres principales componentes del aparato auditivo:

Oído Externo: Compuesto por el pabellón auricular, y el conducto auditivo externo en donde el pabellón auricular cumple con la función de captar las ondas sonoras, es importante mencionar que este se encuentra diseñado para captar un rango determinado de frecuencias, las cuales son dirigidas al conducto auditivo; en este proceso las ondas son amplificadas, luego de este recorrido llegan a la membrana timpánica, en donde el contacto de las ondas con esta se convierte en vibraciones que se transmiten por medio sólido. (Barreda. P., 2007).

Oído Medio: Está formado por la trompa de Eustaquio, el cual comunica el oído medio con la faringe, y su función es la de igualar la presión entre las dos bandas del tímpano. En esta parte del oído está conformado estructuralmente por un conjunto de diminutos huesecillos conocidos por el nombre de, martillo, yunque y estribo, los cuales conducen Las vibraciones provenientes del tímpano, hacia la ventana oval, la cual a su vez incide en el líquido contenido en el caracol; este complejo sistema de huesecillos permite que las ondas sonoras pasen de un medio aéreo a uno acuoso. (Barreda. P., 2007).

Oído Interno: Esta región es un conducto por medio del cual las vibraciones pasan desde el oído medio, a la ventana oval vibrando a diferentes frecuencias, desde allí impacta en la

cóclea, la cual contiene líquido y a su vez un recubrimiento de células ciliadas a manera de vellosidades, las cuales convierten la vibración en señales nerviosas las cuales pueden ser interpretadas por el cerebro (Barreda. P., 2007).

4. METODOLOGÍA.

La metodología empleada para la realización del monitoreo y su evaluación fue la siguiente:

4.1 TÉCNICA DE MEDICIÓN.

Las sonometrías ocupacionales se realizaron a través de los niveles de presión sonora percibidos instantáneamente en cada uno de los puntos de medición.

Para efectos del estudio realizado en las diferentes áreas evaluadas en la empresa, se optó por realizar "sonometrías", debido principalmente a la continuidad del ruido generado principalmente por la operación de los equipos usados en los procesos operativos.

Teniendo en cuenta la opinión dada por el Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo de la compañía se seleccionaron los puntos asegurando que se cubriera el área de influencia de las personas que laboran allí.

4.2 EQUIPO UTILIZADO.

Para la realización de las evaluaciones se utilizaron los siguientes equipos:
Sonómetro marca FLUS Serial: 20181106655

•Se realizó comprobación del estado de las baterías en el indicador del equipo.
•El Sonómetro fue calibrado sobre (114 dB) antes y después de cada evaluación con el fin de poder darle mayor confiabilidad a las evaluaciones, así mismo se realizó visita de reconocimiento, anterior a la medición.
•Se instaló el filtro en la función compensada "A" y la velocidad de respuesta lenta (Slow).
•Se utilizó una pantalla de viento para las mediciones a fin de evitar que el factor viento alterara los resultados.

Ing. Alexander Cubillos Castellanos Lic. SST 12758 SDS Nov de 2016.

5. NORMATIVIDAD.

Las normas que se tuvieron en cuenta para la realización de las evaluaciones son las resoluciones colombianas 08321 de 1983 y la 1792 de 1990 emitidas por el ministerio de Salud y de Trabajo y Seguridad Social respectivamente.
En estas resoluciones se definen las estrategias a utilizar durante la evaluación, así como también los límites de exposición entre los que se encuentran los valores para ruidos continuos o intermitentes y ruidos de impacto Los cuales se encuentran en las tablas del presente informe.

TABLA No 1. ***Valores límites permisibles para la exposición ocupacional a ruido.***

NIVELES PERMISIBLES EN dB(A)	TIEMPO DE EXPOSICIÓN(Horas)
85	8
90	4
95	2
100	1
105	½
110	¼
115	1/8

Los anteriores valores límites permisibles de nivel sonoro, son aplicados a ruido continuo e intermitente, sin exceder la jornada máxima laboral vigente de ocho (8) horas diarias.
Por otra parte de acuerdo con la resolución 2400 de 1979 emanada por el Ministerio de trabajo y seguridad social, articulo 91, parágrafo 1, se establece:

"En las oficinas y lugares de trabajo en donde predomine la labor intelectual, los niveles sonoros (ruidos), no podrán ser mayores a 70 decibeles, independientemente de la frecuencia y tiempo de exposición".

5.1 SITIOS EVALUADOS.

Los puntos en los que se hicieron las evaluaciones fueron establecidos y recomendados por el Líder de Seguridad y Salud en el trabajo, de acuerdo con las necesidades, los lugares y los tiempos en los que los trabajadores realizan sus funciones.

RESUMEN EJECUTIVO

6. RESULTADOS.

Los valores que se generaron como resultado de las mediciones realizadas se relacionan a continuación en la siguiente tabla.

PUNTO EVALUADO	NPS dB(min)	NPS dB(Max)	OBSERVACIONES	TRABAJADORES EXPUESTOS
PUNTO#1 ANTIGUA NORMAL OFICINA DE SAF	52.5	56.7	Zona de trabajo sin fuentes generadoras de ruido (Labores administrativas de oficina)	3
PUNTO#2 COBRO COACTIVO	55.6	66.7	Zona de trabajo sin fuentes generadoras de ruido (Labores administrativas de oficina) vía vehicular pública ubicada a 5 metros de distancia aprox.	5
PUNTO#3 TIC´s	67.2	71.5	Zona de trabajo sin fuentes generadoras de ruido (Labores administrativas de oficina)	4
PUNTO#4 SECRETARÍA DE SALUD (OFICINAS)	52.4	62.5	Zona de trabajo sin fuentes generadoras de ruido (Labores administrativas de oficina)	8
PUNTO#5 SECRETARÍA DE SALUD(RECEPCIÓN)	60.3	66.1	Zona de trabajo sin fuentes generadoras de ruido (Labores administrativas de oficina)	1

PUNTO EVALUADO	NPS dB(min)	NPS dB(Max)	OBSERVACIONES	TRABAJADORES EXPUESTOS
PUNTO # 6 SECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURA	53.6	62.3	Zona de trabajo sin fuentes generadoras de ruido (Labores administrativas de oficina)	10
PUNTO # 7 CORRESPONDENCIA	57.6	62.5	Zona de trabajo sin fuentes generadoras de ruido (Labores administrativas de oficina)	4
PUNTO # 8 OFICINAS DE SECRETARÍA DE GOBIERNO	59.7	62.2	Zona de trabajo sin fuentes generadoras de ruido (Labores administrativas de oficina)	20
PUNTO # 9 RECEPCIÓN SECRETARÍA DE GOBIERNO	64.2	69.7	Zona de trabajo sin fuentes generadoras de ruido (Labores administrativas de oficina)	1

7. CONCLUSIONES.

Los estudios de sonometrías de ruido realizados en las diferentes áreas de la alcaldía en donde se evaluaron las diferentes fuentes externas e internas generadoras de ruido y que impactan estos puestos de trabajo, dieron como resultados niveles de ruido acordes a las actividades de tipo administrativo, se hallan niveles bajos; Las evaluaciones no arrojaron resultados arriba de los 85 dB(A), ni de 70dB(A) para el desarrollo normal de actividades donde predominen las labores intelectuales, la exposición de los trabajadores a las fuentes generadoras de ruido se da de manera continua.
De acuerdo con lo anterior, para la exposición ocupacional al factor de riesgo ruido, en el presente informe se maneja la siguiente clasificación de índices ocupacionales.

TABLA 2. Clasificación de riesgo de acuerdo con intervalos de niveles de ruido

RANGO	CLASIFICACIÓN	TIEMPO DE EXPOSICIÓN (*)
Menor a 80 dB(A)	**Bajo:** No se requieren medidas de control en la fuente o en el medio	Más de **16** Horas
Entre 80 y 85 dB(A)	**Medio:** Se requieren medidas de control en la fuente medio y trabajador	**8** Horas
Entre 85 y 90 dB(A)	**Alto:** Supera el límite permisible hasta en 5 dB(A)	**4** Horas
Entre 90 y 95 dB(A)	**Muy Alto:** Supera el límite permisible entre 5 y 10 dB(A)	**2** Horas
Mayor a 95 dB(A)	**Extremo:** Supera el límite permisible en más de 10 dB(A).	**1** Hora

8. RECOMENDACIONES.

Los niveles de presión sonora identificados en las diferentes zonas donde se tomaron las mediciones, NO presentan riesgo ocupacional para la pérdida de capacidad auditiva de los colaboradores, teniendo en cuenta que son actividades rutinarias y que no se superan los niveles recomendados en la resolución 2400 .

En la locación de la antigua normal, se recomienda que ya que las oficinas tienen aire acondicionado, se trabaje con la puerta cerrada evitando así que interfiera el ruido producido en la plaza central cuando se tienen actividades masivas de personas.

Divulgar a los trabajadores acerca del daño que pueden causar a su audición cuando deciden no usar la protección auditiva recomendada y adicionalmente a ello, recomendar el no uso de dispositivos tipo audífono para escuchar música constantemente.
Realizar las correspondientes evaluaciones medicas ocupacionales según lo tenga programado la empresa, adicionalmente a esto realizar un seguimiento especial y riguroso a todos los trabajadores que estén expuestos a ruido extremo o alto.
Realizar monitoreos según el cronograma anual de actividades del SGSST.

LICENCIA PROFESIONAL PARA SERVICIOS EN SST.

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 12758 de 04/11/2016

"Por la cual se Amplia Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) ALEXANDER CUBILLOS CASTELLANOS, identificado(a) con CC 80068780 de BOGOTA DC, ha solicitado la Ampliación de la Licencia otorgada mediante Resolución No 6418 del 31/05/2013, para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria exigida por el Título A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Dirección de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Ampliar Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a ALEXANDER CUBILLOS CASTELLANOS, identificado(a) con CC 80068780 de BOGOTA DC, como INGENIERO EN SEGURIDAD Y SALUD PARA EL TRABAJO.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- INGENIERIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- HIGIENE INDUSTRIAL
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- EDUCACION Y CAPACITACION
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364-9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fecha Reporte: 04/11/2016
Página 1 de 2

ARTÍCULO TERCERO: La presente ***ampliación no afecta el término de vigencia*** de diez (10) años ***contados a partir de la expedición de la Resolución 6418 del 31/05/2012***, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la acencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 de 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente este Resolución a ALEXANDER CUBILLOS CASTELLANOS informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá D.C. a los 04/11/2016

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla
ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud
Elaboró:

Bogotá,D.C. 11-01-2017
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) ALEXANDER CUBILLOS
C.C # 80.061.780.
Firma:

Copia Unicamente Para Consulta Comité Seguridad y Salud

CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN

Laboratorio de Calibración y Pruebas
Calibration Laboratory and testing
CARRERA 18 No 150 - 59 Bogotá - Colombia
Tel. /0571 482 40 19
http:/www.prosoindsas.com E-mail:comercial@prosoindsas.com

PROSOIND SAS Laboratorios

Certificado de Calibración
calibration Certificate

Number of Calibration / Número de Calibración	PS-SON 3332

DATOS DEL CLIENTE - Customer data	DATOS DEL INSTRUMENTO- Instrument Data	
SOLICITANTE-Customer:	*FABRICANTE -Manufacturer:*	
SERVI SEGURIDAD DEL LLANO SAS	FLUS	
DIRECCIÓN -Address:	*INSTRUMENTO - instrument :*	
CRA 3A 16 20 GUAMAL-META	SONOMETRO	
ORDEN DE TRABAJO-Work Order:	*MODELO-Model:*	*NÚMERO DE SERIE-Serial Number:*
29102	ET-965	20181106655
FECHA DE RECEPCIÓN- Date of Reception	*RESOLUCIÓN - Resolution:*	*RANGO MEDICIÓN-Measurement Range*
2024-04-06	0,1 dB	35 dB - 130 dB
FECHA DE CALIBRACIÓN- Date of calibration:	*INVENTARIO- Inventory*	*LUGAR DE CALIBRACIÓN- Place of Calibration*
2024-04-08	NO IDENTIFICA	PROSOIND S.A.S.

Este certificado de calibración documenta la trazabilidad los patrones nacionales, que realizan las unidades de la medición de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI).
El usuario esta obligado a re calibrar el instrumento a intervalos apropiados .
This calibration certificate documents the traceability to national standards, which realize the units of measurement according to the International System of Units (SI).
The user is obliged to have the object recalibrated at appropriate intervals.

Este certificado de calibración no podrá ser reproducido parcialmente sin la aprobación por escrito del laboratorio emisor. Los certificados sin firma no son válidos; los resultados, consignados en este certificado se refieren únicamente al objeto sometido a calibración, al momento y condiciones en las que se realizaron las mediciones, el laboratorio no se responsabiliza por los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los objetos calibrados o de este certificado.

This certificate of calibration can not be reproduced other than in full except whit the permission of both the issuing laboratory. calibration certificates without signatureare not valid; the result of this certificate is for the object of calibration, at the conditions in which the measurements were made, the Laboratory does not take responsibility from the inadequate use of the calibrated objects or this certificate.

PROCEDIMIENTO DE CALIBRACION - Calibration Procedure

Para llevar a cabo la calibración del instrumento, se efectuó la clasificación y se determinaron los intervalos de medición y errores permisibles, según lo estipulado por del fabricante

TRAZABILIDAD- Traceability

PATRONES USADOS
Calibrador Acustico Tipo I Fabricante Delta Ohm S.r.l HD2020 **clase 1** Serie: 15004595 **Certificado de calibracion CA-15004595-OSC7180** calibrado por el Laboratorio **LABSERVICE Acreditado por la ONAC.**

CONDICIONES AMBIENTALES - Ambient Conditions

Tempe. del Aire	Hum. Relativa
20,4	59,8%

FIRMA AUTORIZADA
Authorized Signatory

Ana Maria Romero Castiblanco
Tecnico

CÓDIGO: FO13-020001 VERSIÓN 1
FECHA: 2018-06-01

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2024-04-08
Date of issue

Ing. Alexander Cubillos Castellanos Lic. SST 12758 SDS Nov de 2016

Laboratorio de calibración y de pruebas
Calibration Laboratory and testing

PROSOIND SAS Laboratorios

Number of Calibration / Número de Calibración	PS-SON 3332

Certificado de Calibración
calibration Certificate

PRUEBA PRELIMINAR - Pre-test

	Patrón dB	Indicación dB	Error dB
Verificación Preliminar:	94	93,9	0,1
	114	114,1	0,1

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICION - Uncertainty of Measurement

La incertidumbre expandida de medida informada se ha obtenido multiplicando la incertidumbre estándar de medida por el factor de cobertura k=2 que para una distribución normal corresponde a una probabilidad de cobertura de aproximadamente el 95% . La incertidumbre estándar de medida fue determinada en conformidad con el documento GTC-51 : 1997 Guía para la expresión de incertidumbre en las mediciones y para ello se ha tenido en cuenta factores como la desviación estándar, división de escala , la incertidumbre del MRC material de referencia certificado, incertidumbre del simulador de temperatura.

ESTANDAR - standard

PRUEBA DE LA FRECUENCIA DE SONIDO GENERADO POR EL CALIBRADOR DE SONIDO: **test of the frequency of the sound generated by the sound calibrator**

ΔF es la diferencia entre la frecuencia generada y la nominal. la incertidumbre de la medición (0,01%) se considera insignificante

FRECUENCIA NOMINAL - Nominal frequency	ΔF	TOLERANCIA DE CLASE - Class 1 tolerance
[Hz]	[Hz]	[%]
1000	7	± 1

PRUEBA DE LA DISTORSIÓN DEL SONIDO GENERADO POR EL CALIBRADOR DE SONIDO: **test of the distortion of the sound generated by the sound calibrator**

La distorsión medido a extenderse por la incertidumbre expandida no excederá de los límites de tolerancia especificados

SPL	Distorsión total- Total Distortion	Incertidumbre Uncertainty	TOLERANCIA DE CLASE - Class 1 tolerance
[dB]	[%]	[%]	[%]
94	0,2	0,37	3
114	0,3		

PRUEBA DEL NIVEL DE RUIDO GENERADO POR EL CALIBRADOR DE SONIDO: **test of sound level generated by the sound calibrator**

La diferencia absoluta entre la medicion de nivel sonoro medido la nominal, estendido por la incertidumbre expandida, no excederá de los límites de tolerancia especificados especificados

$$SPL_{ref} = 20 \log V_e - S_m - e_t - E_p - E_m - E_g + 93{,}9794$$

S_m [dB]	-38,27	-38,27	E_p [dB]	0	0
V_e [mV]	12,36	124,054	SPL_{ref} [dB]	94	114
E_m [dB]	0	0	E_g [dB]	0	0
e_t [dB]	0	0	U [dB]	0,11	
E_p [dB]	0	0,03	Tolerancia [dB]	±0,4	

RESULTADOS - Results

Prueba de Exactitud: A continuación se reflejan los resultados encontrados en la prueba de exactitud del instrumento, la indicación se refiere al promedio de 10 lecturas generada por el calibrador acustico las mediciones se tomaron dandole 10 segundos de estabilizacion en cada lectura.

Unidad Utilizada: dB

Indicación del Patrón	Indicación Prueba	Error	Incertidumbre k=2
94	94,15	0,15	0,26
114	114,15	0,15	0,33



Prueba de Repetibilidad: La prueba de repetibilidad consiste en realizar una 10 mediciones punto de calibracion.

Indicación del Patrón	Indicación Prueba	Desviación Estandar
94,00	94,15	0,07
114,00	114,15	0,07



Fin del certificado de calibración
End of the calibration certificate

Ing. Alexander Cubillos Castellanos Lic. SST 12758 SDS Nov de 2016.

ALCALDÍA DE
ACACÍAS

INFORME DE SUPERVISIÓN N°2 (FINAL)

I. GENERALIDADES DEL CONTRATO

CONTRATO N°OCA-824-2023	
OBJETO:	*REALIZACION DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS META*
CONTRATISTA:	*EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
FIRMA DEL CONTRATO	*01 DE SEPTIEMBRE DE 2023*
PLAZO DE EJECUCIÓN	SEIS (06) MESES
FECHA INICIACIÓN	*13 DE SEPTIEMBRE DE 2023*
FECHA TERMINACIÓN INICIAL	*20 DE DICIEMBRE DE 2023*
FECHA DE SUSPENSION 1	*19 DE DICIEMBRE DE 2023*
FECHA DE REINICIO 1	*8 DE FEBRERO DE 2024*
FECHA DE SUSPENSION 2	*8 DE FEBRERO DE 2024*
FECHA DE REINICIO 2	*23 DE JUNIO DE 2024*
PRORROGA No 1 EN VIRTUD DE LA PRESENTE MODIFICACION	*DOS (2) MESES*
PLAZO TOTAL (Incluidas las prórrogas)	*HASTA 24 DE AGOSTO DE 2024 Y/O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO LO QUE PRIMERO SUCEDA*
FECHA DE TERMINACION ACTUAL	*24 DE JUNIO DE 2024*
VALOR INICIAL CONTRATO	*TREINTA Y SEIS* MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($36.052.600)
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN A LA FECHA DE CORTE	99.998%
PERIODO DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:	*DEL 23 DE JUNIO 2024 AL 24 DE AGOSTO 2024*

II. DESCRIPCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las siguientes actividades se desarrollaron en cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones pactadas.

No.	OBLIGACIONES	ACTIVIDADES
1.	Ejecutar idónea y oportunamente el objeto del contrato.	El contratista ejecutó idóneamente y oportunamente el objeto del contrato.
2.	Garantizar y responder por la buena ejecución del contrato.	El contratista garantizo y respondió por la buena ejecución del contrato.
3.	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.	Al contratista no se le ha presentado ningún tipo de peticiones o amenazas por grupos o personas que actúen por fuera de la ley.
4.	Responder por sus actuaciones u omisiones derivadas de la celebración del presente contrato y de \a ejecución del mismo.	El contratista viene respondiendo por sus actuaciones u omisiones derivadas del presente contrato dentro de la ejecución del mismo.

5.	Guardar la debida reserva de los asuntos de los cuales conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato.	El contratista presenta certificación firmada por el revisor fiscal donde acredita encontrarse al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social integral. El contratista viene guardando la debida reserva de los asuntos de los cuales conoce dentro de la ejecución del contrato.
6.	Suscribir las actas correspondientes para el desarrollo del objeto contractual.	Para el presente contrato solo se ha suscrito el acta de inicio.
7.	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales.	El contratista ha obrado con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales.
8.	Mantener actualizado el domicilio, hasta la finalización del contrato.	El contratista ha mantenido actualizado el domicilio durante la ejecución y desarrollo del contrato.
9.	Asumir todos los costos que genere la legalización del presente contrato.	El contratista asumió todos los costos que fueron generados para la legalización del presente contrato.
10.	Tener una cuenta corriente o de ahorros de una entidad bancaria.	El contratista presenta certificación bancaria con No 357107606 del banco Bogotá.
11.	Realizar los pagos de los pagos durante la ejecución del Contrato al Sistema de Seguridad Social (salud y pensión), y aportes parafiscales cuando a ello hubiere lugar, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.	El contratista viene presentando los correspondientes informes de ejecución contractual para su respectivo pago.
12.	Informar oportunamente a los contratantes toda novedad dentada del contrato.	El contratista no presento ningún tipo de novedad.
13.	Cumplir las demás obligaciones que sean de la naturaleza del contrato.	El contratista cumplió con todas las obligaciones presentes en el contrato.
14.	**ESPECIFICAS.** Contar con el equipo médico, según se establece en la resolución 2346 de 2007 del ministerio de la protección social; por la cual se regula la práctica de evaluaciones medidas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales	El contratista dispuso del equipo médico requerido, según lo estableció la resolución 2346 de 2007 por parte del Ministerio de Protección Social.
15.	Realizar los exámenes a los trabajadores según perfil del cargo y/o ocupación (profesiograma) previamente entregado por la oficina de recursos humanos y/o riesgos laborales de la alcaldia municipal de acacias.	El contratista realizo los exámenes a los trabajadores, según perfil del cargo, ocupación de acuerdo al informe que se le entrego previamente por pate de la oficina de recursos humanos.
16.	Entregar informe de diagnóstico de condiciones de salud consolidado al finalizar el contrato y base de datos en Excel con la información relacionada por el trabajador con su diagnóstico y conducta especifica a seguir.	El contratista entrego informe consolidado del diagnóstico de las condiciones de salud de los trabajadores.
17.	Custodiar por parte de la IPS ocupacional especialista contratada las historias clínicas una vez practicados los exámenes, y ser responsables de garantizar su confidencialidad y lo demás relacionado en la resolución1918 de 2009 establecido por el Ministerio de Protección Social.	El contratista garantiza la debida custodia de las historias clínicas una vez le fueron practicados los exámenes, garantizando la confidencialidad según la resolución 1918 de 2009 conforme a lo establecido a por el Ministerio de Protección Social.

18.	Entregar el certificado en el que se registre si el trabajador es apto, apto con restricciones o no apto a la oficina de recursos humanos y/o riesgos laborales con un plazo no mayor a 3 días hábiles una vez realizada la valoración médica ocupacional.	El contratista hizo entrega de los certificados de aptitud, especificando si el trabajador es apto, apto con restricciones o no apto a la oficina de recursos humanos.
19.	Presentar las recomendaciones que se deben adoptar en casos de restricciones.	El contratista realizo las recomendaciones necesarias, frente a los casos que ameritaban restricciones.
20.	Informar a la oficina de recursos humanos y riesgos laborales si durante la valoración médica de ingreso, periódico y de retiro se encuentra una presunta enfermedad laboral o secuelas de eventos laborales, con el fin de iniciar los trámites correspondientes	El contratista realizo la debida información a la oficina de recursos humanos sobre presuntos casos de enfermedad laboral, a fin de iniciar con el trámite correspondiente
21.	Contar con la siguiente información en el informe final: -análisis demográfico (Sexo, edad, fecha de nacimiento, cargo y antigüedad) - hábitos, deporte, tabaquismo, consumo de alcohol, alimentación - diagnostico: enfermedad vs factor de riesgo -conclusiones - recomendaciones.	El contratista realizo la entrega del informe final de análisis demográfico, con las especificaciones que le fueron requeridas.
22.	Entregar las evaluaciones medicas ocupacionales a la oficina de recursos humanos y/o riesgos laborales la cual debe ser firmada por el trabajador y el medico evaluador con registro vigente en salud ocupacional.	El contratista realizo la entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales a la oficina de recurso humano.
23	Entregar copia de las hojas de vida de los profesionales que realizaran las valoraciones correspondientes, asegurando el cumplimiento de los parámetros establecidos en la resolución 2346 de 2007 del ministerio de la protección social y el artículo 2 de la resolución 1918 de 2009 que modificó el artículo 17 de la resolución 2346 de 2007.	El contratista aporto copia de las hojas de vida previamente de los profesionales, encargados de realizar las valoraciones correspondientes, según resolución 2346 de 2007 conforme a lo establecido por el Ministerio de Protección Social y el artículo 2 de la resolución 1918 de 2009 que modificó el artículo 17 de la resolución 2346 de 2007.
24	Realizar los exámenes médicos ocupacionales en la ciudad de Acacias en las instalaciones que señale el proponente las cuales deben cumplir con la habilitación correspondiente que será verificada en el registro especial de prestadores de salud que se encuentra publicada en la web.	El contratista realizo los exámenes médicos ocupacionales en la ciudad de Acacias Meta, en las instalaciones indicadas conforme a registro fotográfico entregado en el informe de cumplimiento.
25	Proveer a su costo, todos los bienes y servicios necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funcionalidades requerida en el presente contrato.	El contratista dio cumplimiento a todos los bienes y servicios, para el debido cumplimiento del presente contrato.
26	Atender las observaciones de la persona o funcionario designado para ejercer control y vigilancia del contrato.	Durante la ejecución del contrato no se presentaron observaciones.
27	Responder en los plazos que la alcaldía establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de Información que le formule.	Durante la ejecución del presente contrato no se realizó ningún tipo de requerimiento.
28	Cumplir con los aportes al sistema general de seguridad social y aportes parafiscales en los términos de la Ley.	El contratista allego el pago de los aportes del sistema general de seguridad social y aportes parafiscales en los términos de la ley.

29	Suministrar en forma oportuna y en las condiciones que se requieran el concepto médico y/o certificado de aptitud a la entidad.	Durante el desarrollo del contrato no requirió de certificado médico por parte del contratista.
30	Informar oportunamente sobre cualquier irregularidad que se presente en desarrollo del contrato. En caso de cualquier novedad o anomalía en la realización de los exámenes, el contratista deberá reportar de manera inmediata al supervisor del contrato.	Durante la ejecución del contrato no se presentó ningún tipo de irregularidad, novedad en la realización de exámenes.
31	Hacer entrega mensual de los certificados y/o evidencias de los exámenes médicos realizados	El contratista realizo la entrega de los certificados y exámenes médicos practicados de manera mensual.
32	Hacer entrega del certificado de constancia en el que la IPS contratada son los responsables de la custodia y confidencialidad de las evaluaciones médicas de ingreso, periódicas y de retiro, así como de las histonas clínicas de cada funcionario.	El contratista allego certificado donde la IPS hace constar, que son responsables de la custodia y confidencialidad de las evaluaciones médicas y las historias médicas de los funcionarios.
33	Entregar a cada uno de los funcionarios la carta de citación para realización de los exámenes médicos correspondientes con fecha de programación.	El contratista realizo entrega de la carta de citación a cada uno de los funcionarios, para la realización de los exámenes médicos, conforme se encuentra realizado en el informe de cumplimiento del contrato.
34	Informar a los funcionarios a quienes se les practiquen bs exámenes médicos los resultados de cada uno de ellos dejando por escrito en listado de asistencia.	El contratista aporto listado de asistencia en el informe de cumplimiento, de los exámenes médicos realizados a los funcionarios.

III. RESUMEN DEL ESTADO FINANCIERO

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 824 DE 2023

Se remite los documentos para realizar el trámite del cobro N° **DOS** por un valor total de OCHO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($8.480.500), para realizar su respectivo trámite.

CONCEPTO	VALOR
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 36.052.600
VALOR DEL ANTICIPO	-
VR. A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO	$ 8.480.500
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$ 36.052.600
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO	$900

➢ ***AFECTACIÓN PRESUPUESTAL INICIAL.***

La administración conto con los recursos necesarios para su ejecución en el rubro denominado REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES Y ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS- META.

FUENTE	SECTOR	PROGRAMA	RUBRO	# CDP	VALOR	# MPR	VALOR
1.2.1.0.00			8.1.2.02.02.009.93121	2023000739	$ 36.052.600	2023001664	$ 8.480.500
			TOTAL		$36.052.600		

➢ ***REGISTROS AFECTADOS EN PAGOS ANTERIORES.***

# REGISTRO	RUBRO	VR. MPR	VR. AFECTADO	SALDO REGISTRO	CONCEPTO
N/A	8.1.2.02.02.009.93121	$ 36.052.600	$27.571.200	$8.481.400	PAGO FINAL

➢ ***REGISTROS A AFECTAR PARA ESTE PAGO.***

# DE REGISTRO	RUBRO	SALDO REGISTRO	VR. AFECTADO
2023001664	8.1.2.02.02.009.93121	$8.481.400	$ 8.480.500
		VALOR AFECTADO	$ 8.480.500

➢ ***PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL.***

CETIFICACION FIRMADA POR EL REVISOR FISCAL			
NOMBRE Y APELLIDO	EPS	ARP	PENSIONES
ALBERTO MIGUEL AVILA MARTINEZ	SANITAS EPS	COLMENA	PORVENIR

Estado del contrato: ***TERMINADO***
Atentamente,

Firmado digitalmente por Aldemar Armando Baquero Bonilla

ALDEMAR ARMANDO BAQUERO BONILLA
Secretario Administrativo y Financiero
Supervisor del contrato No. 824 de 2023

Proyectó: Maria camila camacho
Profesional de Apoyó
Reviso: Hader Alberto Riveros Beltrán
Abogado contratista

424

"En equipo cuidamos tu vida"

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT : 900,491,982 - 8
CARRERA 20 N° 13 - 44 BARRIO COOPERATIVO
ACACIAS-META - COLOMBIA
6849725
CONTABILIDAD@EQUIVIDASO.COM.CO
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 8699 Tarifa 6,00

Cliente	MUNICIPIO DE ACACIAS		
NIT	892,001,457 - 3 /Id. Extranjero :	**Teléfono**	6569939
Dirección	CRA 14 # 13 - 32 BARRIO CENTRO	**Vendedor**	VENDEDOR PRINCIPAL
Ciudad	ACACIAS-META - COLOMBIA	**Centro Costo**	7
Correo	tesorero@acacias.gov.co	**0**	
Order Reference Prefijo		**Numero**	66fc0fde23281

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FE3 100337

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-11-27	13:39:08
Expedición	2024-11-27	13:48:14
Vencimiento	2024-12-27	

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
0200007000007	PERFIL LIPIDICO	UN	12	18,500.00	222,000.00
0200013000013	RADIOGRAFIA DE COLUMNA	UN	1	53,000.00	53,000.00
0200006000006	EXAMEN MEDICO INGRESO	UN	6	22,800.00	136,800.00
0200006000006	EXAMEN MEDICO RETIRO	UN	9	22,800.00	205,200.00
0200008000008	OPTOMETRIA	UN	12	12,700.00	152,400.00
0200012000012	TEST DE PERSONALIDAD	UN	14	15,600.00	218,400.00
0200006000006	EXAMEN MEDICO PERIODICO	UN	6	22,800.00	136,800.00
0200003000003	ELECTROCARDIOGRAMA	UN	1	19,000.00	19,000.00
0200007000007	CUADRO HEMATICO	UN	12	8,800.00	105,600.00
0200007000007	HEMOCLASIFICACION	UN	12	7,500.00	90,000.00
0200007000007	CREATININA	UN	2	7,500.00	15,000.00
0200007000007	GLICEMIA	UN	12	8,000.00	96,000.00
0200007000007	TEST DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	UN	11	44,000.00	484,000.00
0200007000007	PARCIAL DE ORINA	UN	11	7,500.00	82,500.00
0200001000001	AUDIOMETRIA	UN	12	12,700.00	152,400.00
0200010000010	EVALUACION DE NIVELES DE RUIDO - SONOMETRIA	UN	9	700,000.00	6,300,000.00
0200010000010	REVISION ESQUEMA DE VACUNACION	UN	3	3,800.00	11,400.00

Total Bruto	8,480,500.00
Total a Pagar	**$ 8.480.500,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Nal Personas Juridica Efectivo 8.480.500,00 Cuota 1 Vence el 2024-12-27

VALOR EN LETRAS

Ocho Millones Cuatrocientos Ochenta Mil Quinientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

SERVICIOS MEDICOS OCUPACIONALES PRESTADOS BAJO EL CONTRATO N° OCA-824-2023

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit:

Firma Elaborado por : **MONICA ANDREA R**

Firma Recibido

Consignar en la Cta. Corriente 357107606 Banco de Bogota, Enviar fotocopia de la consignacion al correo de facturacion@equividaso.com.co. A esta factura se debe realizar una retencion del 2 % de acuerdo por lo establecido en la ley 1111 de 2006 Art. 75 y reteica del 5*1000 para ciudad de acacias segun resolución 038 de 21 de enero 2019.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No.** 18764074952487 **aprobado en** 2024-07-12 **vigente** 2 Años, **prefijo** FE3 **desde el número** 100001 **al** 200000

CUFE :ff6dd5ff2f166318746f73690b26743216620234efda8c73f17ef21a8acd4fcfd41c0be593cc30f0fa8b34aaf0ce6a54

ORIGINAL

45

YENNY JIMENEZ BARRAGAN

CONTADOR PUBLICO UCC

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002 / LEY 828 DE 2003

Yo, ***YENNY JIMÉNEZ BARRAGÁN***, identificada con cédula de ciudadanía No.40.443.251 y tarjeta profesional No. 94092-T, en mi calidad de Revisor Fiscal de la empresa ***EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.*** (Nit 900.491.982-8), declaro bajo la gravedad del juramento y certifico que la entidad se encuentra a **PAZ Y SALVO**, y ha cumplido en los últimos seis (6) meses con las obligaciones sobre el pago de aportes al sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y aportes parafiscales (ICBF, SENA, y Caja de Compensación Familiar), de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

Además del cumplimiento de la presentación y pago de impuestos.

Villavicencio, 1° de octubre del 2024.

YENNY JIMENEZ BARRAGAN
C.C. 40.443.251 de Villavicencio
Tarjeta Profesional No. 94092-T
Revisor Fiscal

Cra 4 Este No. 17-74 Apto 703 Condominio Bosques de Morelia
Celular 3112667265 email:yennyjimenezb@gmail.com Villavicencio - Meta

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9518408B96D7D7C90A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **YENNY JIMENEZ BARRAGAN** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 40443251 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 94092-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 16 días del mes de Septiembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
94092-T
YENNY
JIMENEZ BARRAGAN
C.C. 40443251
RESOLUCION INSCRIPCION 136 FECHA 2003/08/21
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
PRESIDENTE
FIRMA DEL TITULAR
013344
Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educacion Nacional - Junta Central de Contadores


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
40443251
NUMERO
JIMENEZ BARRAGAN
APELLIDOS
YENNY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1977
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
[redacted]5 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900491982	8	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD OCUPACIONAL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	EQUIVIDASO	CALLE 32 #39-35 BARZAL	VILLAVICENCIO-META	6849725	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09			E	2024/09/19			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS						PARAFISCALES					
No.	Identificacion	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	ext	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	cue	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: EQUIVIDASO (45 Afiliados)																				$115,431,938	$18,967,400			$124,447,027	$5,131,700			$123,039,688	$4,917,700			$124,447,027		$5,024,500		$0	$0		$34,041,300
Centro de Trabajo: ACACIAS (8 Afiliados)																				$11,921,275	$1,907,800			$11,921,275	$477,000			$11,271,275	$451,000			$11,921,275		$518,800		$0	$0		$3,354,600
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (8 Afiliados)																				$11,921,275	$1,907,800			$11,921,275	$477,000			$11,271,275	$451,000			$11,921,275		$518,800		$0	$0		$3,354,600
1	CC	1121880048																23030 1	30	$2,400,000	$384,000	EPS017	30	$2,400,000	$96,000	CCF34	30	$2,400,000	$96,000	14-25	30	$2,400,000	4.350%	$104,400	30	$0	$0	SI	$680,400
2	CC	1130664941																23100 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	SI	$368,600
3	CC	1122126021																25-14	30	$1,489,440	$238,400	EPS002	30	$1,489,440	$59,600	CCF34	30	$1,489,440	$59,600	14-25	30	$1,489,440	4.350%	$64,800	30	$0	$0	SI	$422,400
4	CC	31037377																23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF34	30	$650,000	$26,000	14-25	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	SI	$342,600
5	CC	1121939733	X	X														23020 1	16	$963,515	$154,200	EPS005	16	$963,515	$38,600	CCF34	16	$963,515	$38,600	14-25	16	$963,515	4.350%	$42,000	16	$0	$0	SI	$273,400
6	CC	1007426428																23030 1	30	$1,489,440	$238,400	EPS037	30	$1,489,440	$59,600	CCF34	30	$1,489,440	$59,600	14-25	30	$1,489,440	4.350%	$64,800	30	$0	$0	SI	$422,400
7	CC	40413750																23030 1	30	$1,489,440	$238,400	EPS005	30	$1,489,440	$59,600	CCF34	30	$1,489,440	$59,600	14-25	30	$1,489,440	4.350%	$64,800	30	$0	$0	SI	$422,400
8	CC	1121887808																23030 1	30	$1,489,440	$238,400	EPS002	30	$1,489,440	$59,600	CCF34	30	$1,489,440	$59,600	14-25	30	$1,489,440	4.350%	$64,800	30	$0	$0	SI	$422,400

Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (17 Afiliados)							$45,877,540	$7,532,400			$45,877,540	$1,989,900			$45,877,540	$1,832,100			$45,877,540		$1,746,600		$0	$0		$13,101,000
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (17 Afiliados)							$45,877,540	$7,532,400			$45,877,540	$1,989,900			$45,877,540	$1,832,100			$45,877,540		$1,746,600		$0	$0		$13,101,000
9	CC	8721310	AVILA MARTINEZ ALBERTO MIGUEL		23030 1	30	$10,048,500	$1,708,400	EPS005	30	$10,048,500	$402,000	CCF34	30	$10,048,500	$402,000	14-25	30	$10,048,500	4.350%	$437,200	30	$0	$0	Si	$2,949,600
10	CC	40411256	AVILA URATE DORA ELVIRA	X	23020 1	30	$1,501,076	$240,200	EPS017	30	$1,501,076	$60,100	CCF34	30	$1,501,076	$60,100	14-25	30	$1,501,076	4.350%	$65,300	30	$0	$0	Si	$425,700
11	CC	1121841777	BAQUERO ROJAS JULY TATIANA	X	25-14	30	$1,905,000	$304,800	EPS005	30	$1,905,000	$76,200	CCF34	30	$1,905,000	$76,200	14-25	30	$1,905,000	4.350%	$82,900	30	$0	$0	Si	$540,100
12	CC	1010065025	BEDOYA MARTINEZ LISETH DANIELA			0	$0	$0	EPS005	30	$0	$157,800		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$157,800
13	CC	1018350154	GARCIA MEJIA YESICA PAOLA	X	23030 1	16	$1,226,667	$196,300	EPS005	16	$1,226,667	$49,100	CCF34	16	$1,226,667	$49,100	14-25	16	$1,226,667	4.350%	$53,400	16	$0	$0	Si	$347,900
14	CC	33605101	GONZALEZ GONZALEZ ANGELA YASMIN	X	23030 1	9	$882,750	$141,300	EPS005	9	$882,750	$35,400	CCF34	9	$882,750	$35,400	14-25	9	$882,750	0.000%	$0	9	$0	$0	Si	$212,100
15	CC	33605101	GONZALEZ GONZALEZ ANGELA YASMIN		23030 1	21	$2,059,750	$329,600	EPS005	21	$2,059,750	$82,400	CCF34	21	$2,059,750	$82,400	14-25	21	$2,059,750	4.350%	$89,600	21	$0	$0	Si	$584,000
16	CC	1123431403	GUERRERO ROMERO HEIDY SORANYI		23030 1	30	$1,489,440	$238,400	EPS005	30	$1,489,440	$59,600	CCF34	30	$1,489,440	$59,600	14-25	30	$1,489,440	4.350%	$64,800	30	$0	$0	Si	$422,400
17	CC	1006772830	HOYOS HOYOA MIRJELI JULIANA	X	23030 1	2	$99,296	$15,900	EPS005	2	$99,296	$4,000	CCF34	2	$99,296	$4,000	14-25	2	$99,296	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$23,900
18	CC	1006772830	HOYOS HOYOA MIRJELI JULIANA		23030 1	28	$1,390,144	$222,500	EPS005	28	$1,390,144	$55,700	CCF34	28	$1,390,144	$55,700	14-25	28	$1,390,144	4.350%	$60,500	28	$0	$0	Si	$394,400
19	CC	51969725	MARTINEZ VILLAMIL ILSE	X	23090 1	15	$4,507,545	$766,500	EPS005	15	$4,507,545	$180,400	CCF34	15	$4,507,545	$180,400	14-25	15	$4,507,545	0.000%	$0	15	$0	$0	Si	$1,127,300
20	CC	51969725	MARTINEZ VILLAMIL ILSE		23090 1	15	$4,507,545	$766,500	EPS005	15	$4,507,545	$180,400	CCF34	15	$4,507,545	$180,400	14-25	15	$4,507,545	4.350%	$196,100	15	$0	$0	Si	$1,323,400
21	CC	1073249390	MARTINEZ CORDOBA JORGE LUIS	X	23030 1	2	$99,296	$15,900	EPS005	2	$99,296	$0	CCF34	2	$99,296	$0	14-25	2	$99,296	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$15,900
22	CC	1073249390	MARTINEZ CORDOBA JORGE LUIS		23030 1	28	$1,390,144	$222,500	EPS005	28	$1,390,144	$55,700	CCF34	28	$1,390,144	$55,700	14-25	28	$1,390,144	4.350%	$60,500	28	$0	$0	Si	$394,400
23	CC	1121897664	OLIVEROS VELASQUEZ ANNGY YELICZA		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF34	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	Si	$368,600
24	CC	1121901986	ORTIZ BUSUY FABIO ALBERTO		23030 1	30	$2,675,000	$428,000	EPS005	30	$2,675,000	$107,000	CCF34	30	$2,675,000	$107,000	14-25	30	$2,675,000	4.350%	$116,400	30	$0	$0	Si	$758,400
25	CC	52848366	RAMIREZ CUBIDES MONICA ANDREA	X	23030 1	2	$99,296	$15,900	EPS005	2	$99,296	$4,000	CCF34	2	$99,296	$4,000	14-25	2	$99,296	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$23,900
26	CC	52848366	RAMIREZ CUBIDES MONICA ANDREA		23030 1	28	$1,390,144	$222,500	EPS005	28	$1,390,144	$55,700	CCF34	28	$1,390,144	$55,700	14-25	28	$1,390,144	4.350%	$60,500	28	$0	$0	Si	$394,400
27	CC	1121862078	ROMERO ROJAS ESTEFANI YULIANA		23020 1	30	$4,620,000	$739,200	EPS005	30	$4,620,000	$184,800	CCF34	30	$4,620,000	$184,800	14-25	30	$4,620,000	4.350%	$201,000	30	$0	$0	Si	$1,309,800
28	CC	1006875084	RUIZ LADINO BRAYAN ALEJANDRO	X	25-14	1	$49,648	$8,000	EPS005	1	$49,648	$2,000	CCF34	1	$49,648	$2,000	14-25	1	$49,648	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$12,000
29	CC	1006875084	RUIZ LADINO BRAYAN ALEJANDRO		25-14	29	$1,439,792	$230,400	EPS005	29	$1,439,792	$57,600	CCF34	29	$1,439,792	$57,600	14-25	29	$1,439,792	4.350%	$62,700	29	$0	$0	Si	$408,300
30	CC	40403217	TOVAR JARA LUZ ADRIANA		25-14	30	$3,135,057	$501,700	EPS005	30	$3,135,057	$125,500	CCF34	30	$3,135,057	$125,500	14-25	30	$3,135,057	4.350%	$136,400	30	$0	$0	Si	$889,100
31	CC	5135380	ZULETA VARGAS JOSE ALEXANDER	X	25-14	1	$61,450	$9,900	MIN001	1	$61,450	$2,500	CCF34	1	$61,450	$2,500	14-25	1	$61,450	4.350%	$2,700	1	$0	$0	Si	$17,600

PLANILLA SIN PAGAR

50

Centro de Trabajo: MEDICNA PREVENTIVA (20 Afiliados)																							$57,633,123	$9,527,200			$66,648,212	$2,664,800			$65,891,073	$2,634,600			$66,648,212		$2,759,100		$0	$0		$17,585,700
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (20 Afiliados)																							$57,633,123	$9,527,200			$66,648,212	$2,664,800			$65,891,073	$2,634,600			$66,648,212		$2,759,100		$0	$0		$17,585,700
32	CC	1120561344	AGUILAR OLARTE CLAUDIA ESTHER													X					230301	9	$541,977	$86,800	EPS005	9	$541,977	$21,700	CCF34	9	$541,977	$21,700	14-25	9	$541,977	0.000%	$0	9	$0	$0	Si	$130,200
33	CC	1120561344	AGUILAR OLARTE CLAUDIA ESTHER																		230301	21	$1,264,613	$202,400	EPS005	21	$1,264,613	$50,600	CCF34	21	$1,264,613	$50,600	14-25	21	$1,264,613	4.350%	$55,100	21	$0	$0	Si	$358,700
34	CC	34659843	CAICEDO CAMPO LOURDES LISBETH																		25-14	30	$3,884,100	$621,500	EPS005	30	$3,884,100	$155,400	CCF34	30	$3,884,100	$155,400	14-25	30	$3,884,100	4.350%	$169,000	30	$0	$0	Si	$1,101,300
35	CC	1121927002	GARZON GONZALEZ GERALDINE																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF34	30	$1,098,141	$44,000	14-25	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	Si	$360,600
36	CC	1121902699	GIRALDO VARGAS DAYRA MYLEIDY									X									230201	11	$570,709	$91,400	EPS005	11	$570,709	$22,900	CCF34	11	$570,709	$22,900	14-25	11	$570,709	4.350%	$24,900	11	$0	$0	Si	$162,100
37	CC	1121902699	GIRALDO VARGAS DAYRA MYLEIDY													X					230201	19	$971,964	$155,600	EPS005	19	$971,964	$38,900	CCF34	19	$971,964	$38,900	14-25	19	$971,964	0.000%	$0	19	$0	$0	Si	$233,400
38	CC	53077274	GUERRERO VELASCO NANCY ALEXANDRA																		231001	30	$5,976,828	$1,016,100	EPS005	30	$5,976,828	$239,100	CCF34	30	$5,976,828	$239,100	14-25	30	$5,976,828	4.350%	$260,000	30	$0	$0	Si	$1,754,300
39	CC	79486095	HEREDIA VILLARROYA JOSE ALEJANDRO																		230301	30	$5,976,828	$1,016,100	EPS005	30	$5,976,828	$239,100	CCF34	30	$5,976,828	$239,100	14-25	30	$5,976,828	4.350%	$260,000	30	$0	$0	Si	$1,754,300
40	CC	1121936716	OCHOA MILLAN TATIANA ALEXANDRA									X									230301	30	$1,504,955	$240,800	EPS005	30	$1,504,955	$60,200	CCF34	30	$1,504,955	$60,200	14-25	30	$1,504,955	4.350%	$65,500	30	$0	$0	Si	$426,700
41	CC	40397541	PARRA AGUDELO LUZ MILA									X									230101	30	$1,497,198	$239,600	EPS005	30	$1,497,198	$59,900	CCF34	30	$1,497,198	$59,900	14-25	30	$1,497,198	4.350%	$65,200	30	$0	$0	Si	$424,600
42	CC	1006874220	PENA GODOY MARIA ANGELICA													X					230301	1	$49,648	$8,000	EPS037	1	$49,648	$2,000	CCF34	1	$49,648	$2,000	14-25	1	$49,648	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$12,000
43	CC	1006874220	PENA GODOY MARIA ANGELICA									X									230301	29	$1,455,307	$232,900	EPS037	29	$1,455,307	$58,300	CCF34	29	$1,455,307	$58,300	14-25	29	$1,455,307	4.350%	$63,400	29	$0	$0	Si	$412,900
44	CC	40343107	REY AMORTEGUI IBIS VIVIANA											X							230301	10	$1,529,275	$260,100	EPS005	10	$1,529,275	$61,200	CCF34	10	$1,529,275	$61,200	14-25	10	$1,529,275	0.000%	$0	10	$0	$0	Si	$382,500
45	CC	40343107	REY AMORTEGUI IBIS VIVIANA																		230301	20	$4,170,747	$709,200	EPS005	20	$4,170,747	$166,900	CCF34	20	$4,170,747	$166,900	14-25	20	$4,170,747	4.350%	$181,500	20	$0	$0	Si	$1,224,500
46	CC	1019077664	RODRIGUEZ CASTIBLANCO CATERIN MILENA										X								231001	1	$49,648	$8,000	EPS008	1	$49,648	$0	CCF34	1	$49,648	$0	14-25	1	$49,648	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$8,000
47	CC	1019077664	RODRIGUEZ CASTIBLANCO CATERIN MILENA																		231001	29	$1,439,792	$230,400	EPS008	29	$1,439,792	$57,600	CCF34	29	$1,439,792	$57,600	14-25	29	$1,439,792	4.350%	$62,700	29	$0	$0	Si	$408,300
48	CC	52790652	ROJAS GANTIVA YULIET MARCELA																		230101	30	$2,247,000	$359,600	EPS005	30	$2,247,000	$89,900	CCF34	30	$2,247,000	$89,900	14-25	30	$2,247,000	4.350%	$97,800	30	$0	$0	Si	$637,200
49	CC	1234790277	SANCHEZ RIVEROS ANGIE DANIELA											X							230301	2	$99,296	$15,900	CCFC55	2	$99,296	$4,000	CCF34	2	$99,296	$4,000	14-25	2	$99,296	0.000%	$0	2	$0	$0	Si	$23,900
50	CC	1234790277	SANCHEZ RIVEROS ANGIE DANIELA									X									230301	28	$1,405,659	$225,000	CCFC55	28	$1,405,659	$56,300	CCF34	28	$1,405,659	$56,300	14-25	28	$1,405,659	4.350%	$61,200	28	$0	$0	Si	$398,800
51	CC	1018424938	SANCHEZ MARTINEZ DANIELA																		230201	30	$6,800,491	$1,156,300	EPS037	30	$6,800,491	$272,100	CCF34	30	$6,800,491	$272,100	14-25	30	$6,800,491	4.350%	$295,900	30	$0	$0	Si	$1,996,400
52	CC	10085551	SANCHEZ LOPEZ WILLIAM																			0	$0	$0	WH002	30	$9,015,089	$360,700	CCF34	30	$9,015,089	$360,700	14-25	30	$9,015,089	4.350%	$392,200	30	$0	$0	Si	$1,113,600
53	CC	1020775590	SANCHEZ MARTINEZ WILLIAM DAVID																		230301	30	$5,976,828	$1,016,100	EPS005	30	$5,976,828	$239,100	CCF34	30	$5,976,828	$239,100	14-25	30	$5,976,828	4.350%	$260,000	30	$0	$0	Si	$1,754,300
54	CC	1121926326	TULIBILA CARRASCAL DEYSY PAOLA																		230301	30	$1,489,440	$238,400	EPS005	30	$1,489,440	$59,600	CCF34	30	$1,489,440	$59,600	14-25	30	$1,489,440	4.350%	$64,800	30	$0	$0	Si	$422,400
55	CC	40401557	UBAQUE LEON ROCIO																		231001	30	$3,130,820	$501,000	EPS002	30	$3,130,820	$125,300	CCF34	30	$3,130,820	$125,300	14-25	30	$3,130,820	4.350%	$136,200	30	$0	$0	Si	$887,800
56	CC	1121890887	VARGAS MOYANO MARTHA ISABEL																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF34	30	$744,720	$29,800	14-25	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	Si	$346,400
57	CC	1074131005	VELASQUEZ SALCEDO LESLY MARITZA																		25-14	30	$3,000,000	$480,000	EPS005	30	$3,000,000	$120,000	CCF34	30	$3,000,000	$120,000	14-25	30	$3,000,000	4.350%	$130,500	30	$0	$0	Si	$850,500
Total	**Afiliados(45)**																						$115,431,938	$18,967,400			$124,447,027	$5,131,700			$123,039,888	$4,917,700			$124,447,027		$5,024,500		$0	$0		$34,041,300

2024/09/21 11:28 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900491982	8	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD OCUPACIONAL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	EQUIVIDASO	CALLE 32 #39-35 BARZAL	VILLAVICENCIO-META	6849725	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09			E	2024/09/19			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				43	$18,967,400	$0	$0	$18,967,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	4	$1,963,500	$0	$0	$1,963,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	7	$2,394,700	$0	$0	$2,394,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	25	$10,300,900	$0	$0	$10,300,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$2,775,300	$0	$0	$2,775,300
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$1,533,000	$0	$0	$1,533,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				44	$5,024,500	$0	$0	$5,024,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	44	$5,024,500	$0	$0	$5,024,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				44	$4,917,700	$0	$0	$4,917,700
COFREM	CCF34	892,000,146	3	44	$4,917,700	$0	$0	$4,917,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				45	$5,131,700	$0	$0	$5,131,700
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$60,300	$0	$0	$60,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$57,600	$0	$0	$57,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$156,100	$0	$0	$156,100
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$2,500	$0	$0	$2,500
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$360,700	$0	$0	$360,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$444,000	$0	$0	$444,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	$348,500	$0	$0	$348,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	30	$3,702,000	$0	$0	$3,702,000
TOTAL				44	$34,041,300	$0	$0	$34,041,300

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS identificado(a) con NIT 9004919828 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CUENTA CORRIENTE No. 357107606 desde el 22 de Abril de 2013, este producto se encuentra ACTIVO.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 22 de Octubre de 2024, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

OLGA YANIRA OTALORA GUERRERO
Gerencia de soluciones para el cliente
Banco de Bogota

ALCALDÍA DE
ACACÍAS

ACTA DE LIQUIDACION DEL CONTRATO N°824-2023

En el Municipio de Acacías, Departamento del Meta, a los doce (12) días del mes de diciembre del año 2024 se reunieron las siguientes personas: Dr. **FRANKI ALEXANDER GÓMEZ SÁNCHEZ** identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.010.186.007 de Bogotá D.C, en su calidad de Jefe de la Oficina de Contratación cargo para la cual fue nombrado mediante Decreto No. 013 del 3 de enero de 2.024 y posesionado mediante Acta No. 014 del 3 de enero de 2.024, delegado para ejercer la ordenación del gasto y representar al Municipio en materia contractual mediante el Decreto No. 023 de 15 de febrero de 2.024, y quien para los efectos de la presente liquidación se denominará **EL MUNICIPIO**, por una parte; por otra parte, el Ing. **ALDEMAR ARMANDO BAQUERO BONILLA** Secretario Administrativo Y Financiero, identificado con la cédula de ciudadanía No. 86.071.743, en calidad de Supervisor del contrato del **N° 824-2023** según acta de posesión N° 081 decreto 148 2021 y; **ILSE MARTINEZ VILLAMIL** identificado con la cédula de ciudadanía No. **51.969.725.** en calidad de representante legal de la sociedad **EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.** identificada con NIT 900491982-8, hemos convenido suscribir la presente **ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL** del Contrato **N° 824-2023**, teniendo como soporte los documentos exigidos en la cláusula denominada forma de pago, debidamente aprobados por el supervisor y las demás certificaciones y manifestaciones de éste último sobre cumplimiento contractual del contratista.

El supervisor deja constancia, en la presente Acta de Liquidación, que el contrato **824-2023** fue ejecutado con la calidad, cantidad y oportunidad contratada, como consta en el acta de liquidación y amortización del anticipo que se acompaña como anexo y soporte de ejecución contractual.

El Contratista asume la responsabilidad por reclamos, demandas y acciones legales que se encuentren en trámite o se tramiten en contra del MUNICIPIO, por motivos que le sean imputados durante la ejecución del Contrato en mención.

El supervisor deja constancia que verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista con el Sistema General de Seguridad Social y Aportes Parafiscales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, por lo tanto, garantiza al MUNICIPIO que no va a existir reclamación alguna por este concepto.

GENERALIDADES DEL CONTRATO

Que la ejecución del Contrato **N°824-2023**, suscrito entre MUNICIPIO y EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS, se desarrolló de acuerdo con las siguientes características generales y particulares:

CONTRATO No.	**824-2023**
OBJETO:	REALIZACION DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS META.
CONTRATISTA:	EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS.
INTERVENTOR:	N/A
SUPERVISOR DE PROYECTO:	ALDEMAR ARMANDO BAQUERO BONILLA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	*TREINTA Y SEIS* MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($36.052.600)
VALOR ANTICIPO:	N/A
PLAZO INICIAL:	SEIS (06) MESES.
FECHA DE INICIACIÓN:	13 SEPTIEMBRE 2023
FECHA DE TERMINACION:	20 DICIEMBRE 2023

MODIFICACIONES DEL CONTRATO

A. PRÓRROGAS

PRÓRROGA No.	**FECHA**	**PLAZO** (meses o días)
1	**23 de junio de 2024.**	**2 MESES**

B. SUSPENSIONES Y REINICIO A LAS SUSPENSIONES

ACTA NO.	**FECHA (DÍA, MES Y AÑO)**
ACTA DE SUSPENSIÓN NO. 1	**19 de diciembre de 2023**
ACTA DE REINICIO NO. 1	**8 de febrero de 2024.**
ACTA DE SUSPENSIÓN NO. 2	**8 de febrero de 2024.**
ACTA DE REINICIO NO. 1	**23 de junio de 2024.**

C. ADICIONES DE VALOR

ADICIÓN No.	**FECHA**	**VALOR ($)**

N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

CONDICIONES FINALES DEL CONTRATO

PLAZO FINAL DEL CONTRATO (PLAZO INICIAL, MÁS PRORROGAS):	HASTA 24 DE AGOSTO DE 2024 Y/O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO LO QUE PRIMERO SUCEDA.
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	24 DE AGOSTO DE 2024
VALOR FINAL DEL CONTRATO (VALOR MÁS ADICIONES):	$ 36.052.600
ACTA DE ENTREGA Y RECIBO FINAL:	N/A

GARANTÍAS:

Compañía de Seguros	Póliza No.	Amparo	Vigencia		Valor asegurado	Fecha de aprobación por parte de MUNICIPIO
			Desde	Hasta		
EQUIDAD SEGUROS	AB000485	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/12/2023	24/02/2025	$7,210,520.00	13/09/2023
EQUIDAD SEGUROS	AB000485	CALIDAD DEL BIEN O SERVICIO	19/12/2023	24/02/2025	$7,210,520.00	13/09/2023
EQUIDAD SEGUROS	AB000485	PA GO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACION LABORAL	19/12/2023	24/08/2027	$3,605,260.00	13/09/2023

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

EL ESTADO DE CUENTA DEL ANTICIPO A LA FECHA ES:

CONCEPTO	VALOR
VALOR DEL ANTICIPO:	$ 0,00
VALOR AMORTIZADO EN ACTAS PARCIALES:	$ 0,00
No. 1: $ 0,00	$ 0,00
No. 2: $ 0,00	$ 0,00
VALOR AMORTIZADO EN ACTA FINAL:	$ 0,00
VALOR POR AMORTIZAR	$ 0,00

RELACIÓN CONSIGNACIONES DE RENDIMIENTOS FINANCIEROS DEL ANTICIPO:

FECHA	VALOR NETO	CONSIGNADO EN CUENTA No.
TOTAL, DEVOLUCIONES		

Nota: Se debe anexar certificado del banco o de la entidad Fiduciaria, sobre rendimientos y retenciones los cuales deben ser consignados a la entidad antes de la liquidación.

BALANCE PRESUPUESTAL

DESCRIPCION	VALOR ($)	% (CONTROL)
VALOR INICIAL CONTRATO	$36.052.600	
VALOR ADICIÓN No. (1, SEGÚN LO APROBADO CONTRACTUALMENTE)	0	
VALOR INICIAL MAS ADICION	0	
VALOR ANTICIPO	0	
VALOR AMORTIZADO DEL ANTICIPO	0	
REEMBOLSO RENDIMIENTOS FINANCIEROS ANTICIPO	0	
VALOR EJECUTADO (SEGÚN ACTA DE RECIBO DE OBRA)	0	

TOTAL, PAGADO POR EL MUNICIPIO. = VALOR ACTAS PARCIALES	$27.571.200	76,47%
VALORES NO EJECUTADO POR EL CONTRATISTA	0	0
VALOR A PAGAR POR EL MUNICIPIO, CON SOPORTE EN ESTE ACTA DE LIQUIDACIÓN	$8.480.500	23,53%
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO	$900	0
TOTAL, EJECUTADO	$36.052.600	99,998%

(En el evento excepcional que resulten pagos pendientes a favor del Contratista, que excedan el valor contractualmente pactado, deberá señalarse su monto, justificación y el certificado de disponibilidad Presupuestal al cual se imputará su pago, anexando copia del mismo).

OBLIGACIONES PENDIENTES

MUNICIPIO	EL CONTRATISTA

Que en virtud del principio de buena fe y al amparo del principio de confianza que de allí se deriva, se toma como cierta la información contenida en el presente documento, la cual fue suministrada por la supervisión.

Que las partes expresan que aceptan la liquidación descrita en el presente documento, el cual regirá a partir de la fecha de suscripción de la misma, previo el cumplimiento de las obligaciones pendientes.

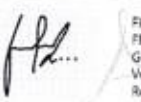
Las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto derivado del contrato a liquidar y por ende no habrá reclamaciones futuras por el contratista.

Teniendo en cuenta que el contratista no presenta observación o reparo alguno a los términos de la presente acta, renuncia a toda acción o reclamación posterior derivada o que tenga relación con el contrato que se liquida mediante el presente documento.

Forma parte integral de la presente liquidación los siguientes documentos anexos:

Anexo No. 1 Certificado de cumplimiento por parte del supervisor.
Anexo No. 2 Informe del contratista

Anexo No. 3 Informe de supervisión
Anexo No. 4 Factura Electrónica
Anexo No. 5. Certificado del revisor fiscal o representante legal del pago de las obligaciones del Contratista con el aporte de sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, ICBF y SENA. (Planillas de seguridad del periodo cobrado).

Firma  Firmado digitalmente por FRANKI ALEXANDER GÓMEZ SÁNCHEZ Versión de Adobe Acrobat Reader: 2023.006.20380	
NOMBRE: Dr. FRANKI ALEXANDER GÓMEZ SÁNCHEZ **ORDENADOR DEL GASTO DEL MUNICIPIO DE ACACÍAS**	
Firma: 	
CONTRATISTA: EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. **NIT: 9004919828** **R/L: ILSE MARTINEZ VILLAMIL**	
Firma  Firmado digitalmente por Aldemar Armando Baquero Bonilla	
NOMBRE SUPERVISOR: **ALDEMAR ARMANDO BAQUERO BONILLA** **Secretario Administrativo y Financiero**	

Original - MUNICIPIO
Copia. Contratista

Proyectó: María Camila Camacho - Profesional de Apoyo
Revisó: Hader Alberto Riveros Beltrán- Abogado contratista
Revisó: Nicolás Marín Muñoz – Abogado
Aprobó: Franki A. Gómez Sánchez – Jefe Oficina de Contrata... 

REMISIÓN DE VENTA

Datos del Documento

Remisión No.: 66fc0fde23281			
Fecha de Generación	2024-10-01 10:06:06	Fecha de Expedición	2024-10-01 10:06:06
No. Remisión	66fc0fde23281		

Datos del Emisor

Razón Social: EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS		Nit del Emisor: 900491982-8	
Nombre Comercial	EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS	Dirección	Calle 32 No. 39-35 Barzal
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Departamento	META
Régimen Contable	-	Correo	Contabilidad@equividaso.com.co
Act. Económica Principal	SERVICIOS EN SALUD	Ciudad	VILLAVICENCIO
Tipo de Responsabilidad		Teléfono	6849725

Datos del Adquiriente

Razón Social: MUNICIPIO DE ACACIAS		Nit del Adquiriente: 892001457	
Nombre Comercial	MUNICIPIO DE ACACIAS	Dirección	CARRERA 14 # 13 - 32
Número de Documento	No se encontró el valor para el catalogo 'tipos-de-identificador-fiscal' en el campo 'codigo' 892001457 - 3	Departamento	
Tipo de Contribuyente	Persona Natural / Persona Jurídica	Ciudad	ACACIAS
Tipo de Responsabilidad	No se encontró el valor para el catalogo 'obligaciones-fiscales' en el campo 'codigo'	Correo	
Act. Económica Principal	ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	Teléfono	6569939

Detalle de Remisión

Servicio	Cantidad	Subtotal
100004 - PERFIL LIPIDICO	12	$222.000
871040 - RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	1	$50.000
890202-01 - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	6	$136.800
890202-03 - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO	9	$205.200
890207 - CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	12	$152.400
890208-11 - APLICACION PRUEBA VALANTI	12	$187.200
890302-02 - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	6	$136.800
895100 - ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	1	$19.000
902209 - HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO	12	$105.600
902212 - HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	12	$90.000
903825 - CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	2	$15.000
903841 - GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	12	$96.000
905727-04 - DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	11	$484.000
907106 - UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	11	$82.500
954107 - AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	12	$152.400
000001 - EVALUACION DE NIVELES DE RUIDO - SONOMETRIA	9	$6.300.000
000002 - REVISION ESQUEMA DE VACUNACION	12	$45.600

Total items facturados: 152

Observaciones	Resumen Contable	
SERVICIOS MEDICOS OCUPACIONALES PRESTADOS / BAJO EL CONTRATO N° OCA-824-2023	MONEDA	COP
	SUB TOTAL	$8,480,500.00
	VALOR TOTAL	$8,480,500.00

NUMERO REMISIO	CIUDAD	CONTRATO	NIT EMPRESA	NUMERO IDEN	PRIMER NOME	SEGUNDO NOI	PRIMER APELL	SEGUNDO APE	PROCEDIMIENTO	FECHA	TOTAL
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO	16/07/2024	$ 22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	5/08/2024	$ 22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	5/08/2024	$ 44.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	5/08/2024	$ 7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	5/08/2024	$ 12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	5/08/2024	$ 7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO	5/08/2024	$ 8.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	APLICACION PRUEBA VALANTI	5/08/2024	$ 15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	5/08/2024	$ 8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	PERFIL LIPIDICO	5/08/2024	$ 18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	30946686	YURIANA	MILENA	PABON	ROMERO	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	5/08/2024	$ 12.700
											$ 180.900
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	35491617	ALBA	MARINA	REYES	BARBOSA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO	9/07/2024	$ 22.800
											$ 22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	40428487	BETSY	STELLA	ORJUELA	PINTO	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	12/07/2024	$ 8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	40428487	BETSY	STELLA	ORJUELA	PINTO	PERFIL LIPIDICO	12/07/2024	$ 18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	40428487	BETSY	STELLA	ORJUELA	PINTO	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	12/07/2024	$ 12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	40428487	BETSY	STELLA	ORJUELA	PINTO	APLICACION PRUEBA VALANTI	12/07/2024	$ 15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	40428487	BETSY	STELLA	ORJUELA	PINTO	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	12/07/2024	$ 12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	40428487	BETSY	STELLA	ORJUELA	PINTO	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	12/07/2024	$ 7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	40428487	BETSY	STELLA	ORJUELA	PINTO	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	12/07/2024	$ 19.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	40428487	BETSY	STELLA	ORJUELA	PINTO	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	12/07/2024	$ 7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	40428487	BETSY	STELLA	ORJUELA	PINTO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	12/07/2024	$ 22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	40428487	BETSY	STELLA	ORJUELA	PINTO	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO	12/07/2024	$ 8.800
											$ 133.100
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	24/07/2024	$ 8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	24/07/2024	$ 44.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO	24/07/2024	$ 8.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	24/07/2024	$ 12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	24/07/2024	$ 22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	PERFIL LIPIDICO	24/07/2024	$ 18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	24/07/2024	$ 12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	24/07/2024	$ 7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	24/07/2024	$ 7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	APLICACION PRUEBA VALANTI	24/07/2024	$ 15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	41242979	LEIDY	VIVIANA	DUQUE	ROJAS	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	24/07/2024	$ 7.500
											$ 165.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53074227	GINNA	MARIANA	HERNANDEZ	BOHORQUEZ	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	24/07/2024	$ 12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53074227	GINNA	MARIANA	HERNANDEZ	BOHORQUEZ	APLICACION PRUEBA VALANTI	24/07/2024	$ 15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53074227	GINNA	MARIANA	HERNANDEZ	BOHORQUEZ	PERFIL LIPIDICO	24/07/2024	$ 18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53074227	GINNA	MARIANA	HERNANDEZ	BOHORQUEZ	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	24/07/2024	$ 8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53074227	GINNA	MARIANA	HERNANDEZ	BOHORQUEZ	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	24/07/2024	$ 12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53074227	GINNA	MARIANA	HERNANDEZ	BOHORQUEZ	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	24/07/2024	$ 7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53074227	GINNA	MARIANA	HERNANDEZ	BOHORQUEZ	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO	24/07/2024	$ 8.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53074227	GINNA	MARIANA	HERNANDEZ	BOHORQUEZ	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	24/07/2024	$ 22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53074227	GINNA	MARIANA	HERNANDEZ	BOHORQUEZ	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	24/07/2024	$ 7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53074227	GINNA	MARIANA	HERNANDEZ	BOHORQUEZ	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	24/07/2024	$ 44.000
											$ 158.100
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO	23/07/2024	$ 22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	PERFIL LIPIDICO	8/08/2024	$ 18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	8/08/2024	$ 7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	8/08/2024	$ 8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	8/08/2024	$ 12.700

66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	8/08/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	8/08/2024	$	22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	APLICACION PRUEBA VALANTI	8/08/2024	$	15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	8/08/2024	$	44.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	8/08/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	53083696	CLAUDIA	PAOLA	GARCIA	DIAZ	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO	8/08/2024	$	8.800
											$	**180.900**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1007419076	MARLY	JULIETH	RESTREPO	MONROY	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO	12/08/2024	$	22.800
											$	**22.800**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1010206810	ANDRES	GIOVANNY	LAYTON	ALDANA	PERFIL LIPIDICO	24/07/2024	$	18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1010206810	ANDRES	GIOVANNY	LAYTON	ALDANA	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	24/07/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1010206810	ANDRES	GIOVANNY	LAYTON	ALDANA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	24/07/2024	$	8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1010206810	ANDRES	GIOVANNY	LAYTON	ALDANA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	24/07/2024	$	44.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1010206810	ANDRES	GIOVANNY	LAYTON	ALDANA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	24/07/2024	$	22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1010206810	ANDRES	GIOVANNY	LAYTON	ALDANA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	24/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1010206810	ANDRES	GIOVANNY	LAYTON	ALDANA	APLICACION PRUEBA VALANTI	24/07/2024	$	15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1010206810	ANDRES	GIOVANNY	LAYTON	ALDANA	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO	24/07/2024	$	8.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1010206810	ANDRES	GIOVANNY	LAYTON	ALDANA	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	24/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1010206810	ANDRES	GIOVANNY	LAYTON	ALDANA	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	24/07/2024	$	12.700
											$	**158.100**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1018402839	LEIDY	CAROLINA	MAHECHA	GUTIERREZ	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO	15/07/2024	$	22.800
											$	**22.800**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1115084351	ANGIE	CATHERINE	CORREA	PINEDA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO	15/07/2024	$	22.800
											$	**22.800**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1118550318	JIMMY	FERNANDO	ALARCON	JIMENEZ	PERFIL LIPIDICO	25/07/2024	$	18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1118550318	JIMMY	FERNANDO	ALARCON	JIMENEZ	APLICACION PRUEBA VALANTI	25/07/2024	$	15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1118550318	JIMMY	FERNANDO	ALARCON	JIMENEZ	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	25/07/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1118550318	JIMMY	FERNANDO	ALARCON	JIMENEZ	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	25/07/2024	$	22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1118550318	JIMMY	FERNANDO	ALARCON	JIMENEZ	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	25/07/2024	$	44.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1118550318	JIMMY	FERNANDO	ALARCON	JIMENEZ	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	25/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1118550318	JIMMY	FERNANDO	ALARCON	JIMENEZ	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	25/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1118550318	JIMMY	FERNANDO	ALARCON	JIMENEZ	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO	25/07/2024	$	8.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1118550318	JIMMY	FERNANDO	ALARCON	JIMENEZ	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	25/07/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1118550318	JIMMY	FERNANDO	ALARCON	JIMENEZ	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	25/07/2024	$	8.000
											$	**158.100**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1121858637	MARTHA	GISELA	MONTOYA	HERRERA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	26/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1121858637	MARTHA	GISELA	MONTOYA	HERRERA	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	26/07/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1121858637	MARTHA	GISELA	MONTOYA	HERRERA	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO	26/07/2024	$	8.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1121858637	MARTHA	GISELA	MONTOYA	HERRERA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	26/07/2024	$	8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1121858637	MARTHA	GISELA	MONTOYA	HERRERA	PERFIL LIPIDICO	26/07/2024	$	18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1121858637	MARTHA	GISELA	MONTOYA	HERRERA	APLICACION PRUEBA VALANTI	26/07/2024	$	15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1121858637	MARTHA	GISELA	MONTOYA	HERRERA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	26/07/2024	$	44.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1121858637	MARTHA	GISELA	MONTOYA	HERRERA	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	26/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1121858637	MARTHA	GISELA	MONTOYA	HERRERA	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	26/07/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1121858637	MARTHA	GISELA	MONTOYA	HERRERA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	26/07/2024	$	22.800
											$	**158.100**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO	19/07/2024	$	8.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	19/07/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	19/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	PERFIL LIPIDICO	19/07/2024	$	18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	19/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	APLICACION PRUEBA VALANTI	19/07/2024	$	15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19/07/2024	$	8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	19/07/2024	$	12.700

66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	19/07/2024	$	44.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	19/07/2024	$	22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122141198	MANUEL	FELIPE	BLANCO	OSPINA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO	13/08/2024	$	22.800
											$	**180.900**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122144022	LUZ	TATIANA	ARDILA	SANCHEZ	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO	23/07/2024	$	22.800
											$	**22.800**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122146057	LAURA	CAMILA	CASANOVA	LOSADA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	20/08/2024	$	22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122146057	LAURA	CAMILA	CASANOVA	LOSADA	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	20/08/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122146057	LAURA	CAMILA	CASANOVA	LOSADA	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	20/08/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122146057	LAURA	CAMILA	CASANOVA	LOSADA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	20/08/2024	$	8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122146057	LAURA	CAMILA	CASANOVA	LOSADA	PERFIL LIPIDICO	20/08/2024	$	18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122146057	LAURA	CAMILA	CASANOVA	LOSADA	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) METODO	20/08/2024	$	8.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122146057	LAURA	CAMILA	CASANOVA	LOSADA	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	20/08/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122146057	LAURA	CAMILA	CASANOVA	LOSADA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	20/08/2024	$	44.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122146057	LAURA	CAMILA	CASANOVA	LOSADA	APLICACION PRUEBA VALANTI	20/08/2024	$	15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1122146057	LAURA	CAMILA	CASANOVA	LOSADA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	20/08/2024	$	7.500
											$	**158.100**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123162186	LIZA	MARGARITA	CARDONA	URREA	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	24/07/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123162186	LIZA	MARGARITA	CARDONA	URREA	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	24/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123162186	LIZA	MARGARITA	CARDONA	URREA	APLICACION PRUEBA VALANTI	24/07/2024	$	15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123162186	LIZA	MARGARITA	CARDONA	URREA	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	24/07/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123162186	LIZA	MARGARITA	CARDONA	URREA	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) METODO	24/07/2024	$	8.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123162186	LIZA	MARGARITA	CARDONA	URREA	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	24/07/2024	$	44.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123162186	LIZA	MARGARITA	CARDONA	URREA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	24/07/2024	$	8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123162186	LIZA	MARGARITA	CARDONA	URREA	PERFIL LIPIDICO	24/07/2024	$	18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123162186	LIZA	MARGARITA	CARDONA	URREA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	24/07/2024	$	22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123162186	LIZA	MARGARITA	CARDONA	URREA	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	24/07/2024	$	7.500
											$	**158.100**
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	19/07/2024	$	22.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	19/07/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	DROGAS DE ABUSO - 3 SUSTANCIAS (MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS)	19/07/2024	$	44.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	APLICACION PRUEBA VALANTI	19/07/2024	$	15.600
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	UROANALISIS-PARCIAL DE ORINA	19/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) METODO	19/07/2024	$	8.800
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	19/07/2024	$	8.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	19/07/2024	$	12.700
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	19/07/2024	$	7.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	PERFIL LIPIDICO	19/07/2024	$	18.500
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	19/07/2024	$	50.000
66fc0fde23281	ACACIAS	MUNICIPIO DE ACACIAS	892001457	1123513259	RUDDY	THALIA	RAMIREZ	GONZALEZ	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO	21/08/2024	$	22.800
											$	**230.900**
										Total	**$**	**2.134.900**

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240805020319
Paciente:	YURIANA MILENA PABON ROMERO	CC:	30946686
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-08-05 13:48:37	Fecha Atención:	2024-08-05 07:49:38
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO:	EL ASPIRANTE ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CARGO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ALIMENTACION SALUDABLE 5. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. William David Sanchez Marti...

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 21921 de 03/05/2017
Licencia S.O: 8309 de 05/12/2022

Firma del Paciente: YURIANA MILENA PABON ROMERO
Identificacion: CC. - 30946686

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Alcaldía de Acacías

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>

Citación examenes medicos ocupacionales de ingreso

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 2 de agosto de 2024, 15:56
Para: jumiparo27@hotmail.com

Buenas tardes

Señora
YURIANA MILENA PABON ROMERO

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citar para la realización del Examen Médico de ingreso, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; me permito programar nuevamente la toma de exámenes médicos de ingreso para la siguiente fecha:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha:lunes 05 de agosto de 2024
Hora: 07:00 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS:

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Ir en ayunas
- Llevar el documento de identidad

Feliz día.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652
Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta

Prestador:	500060138502
No. Identificación	900491982-8
Dirección:	Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono:	6849725
Email:	Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/10/01	Nro Ingreso:	202407160203110
Paciente:	YURIANA MILENA PABON ROMERO	CC:	30946686
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-16 10:15:06	Fecha Atención:	2024-07-16 10:09:09
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO:	SE REALIZÓ VALORACIÓN MÉDICA DE EGRESO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ACCIDENTES DE TRABAJO, NI ESTUDIOS DE ENFERMEDAD LABORAL REFERIDOS, POR LO TANTO, DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO LABORAL ES SATISFACTORIO PARA SU RETIRO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 21921 de 03/05/2017
Licencia S.O: 8309 de 05/12/2022

Firma del Paciente: YURIANA MILENA PABON ROMERO
Identificacion: CC. - 30946686

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

citacion examenes medicos ocupacionales - retiro

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 11 de julio de 2024, 9:40
Para: "jumiparo27@hotmail.com" <jumiparo27@hotmail.com>

Buenos dias

Señora
YURIANA MILENA PABON ROMERO

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citarla para la realización del Examen Médico de retiro, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; solicito presentarse en la siguiente dirección y horario:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha: martes 16 de julio de 2024
Hora: 08:30 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS:

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Llevar el documento de identidad
- No es necesario ir en ayunas

Feliz día.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz

Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652
Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta
Código postal: 507001
www.acacias.gov.co

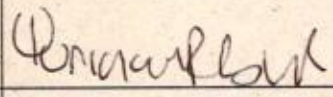
AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información confidencial de la Alcaldia de Acacías Meta. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá usar, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido, de hacerlo podria tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de Enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a seguridaddigital@acacias.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

EQUIVIDA
salud ocupacional
NIT.900491982-8

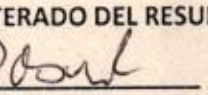
HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias Meta
FECHA: 16-07-24

Yo, Yuruma Milena Pabon Romero identificado (a) con el Nº de Cedula: 30946686, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
AUDIOMETRÍA		
OPTOMETRÍA		
LABORATORIO CLINICO		
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: _____ ESPIROMETRIA : _____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA:  **C.C.** 30946686

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/10/01	Nro Ingreso:	20240709020393
Paciente:	ALBA MARINA REYES BARBOSA	CC:	35491617
Edad:	65 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-09 09:55:16	Fecha Atención:	2024-07-09 09:49:35
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO:	SE REALIZÓ VALORACIÓN MÉDICA DE EGRESO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ACCIDENTES DE TRABAJO, NI ESTUDIOS DE ENFERMEDAD LABORAL REFERIDOS, POR LO TANTO, DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO LABORAL ES SATISFACTORIO PARA SU RETIRO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. William David Sanchez Marti...

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 21921 de 03/05/2017
Licencia S.O: 8309 de 05/12/2022

Firma del Paciente: ALBA MARINA REYES BARBOSA
Identificacion: CC. - 35491617

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Alcaldía de Acacías

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>

programacion realización examenes medicos de retiro

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 8 de julio de 2024, 11:50
Para: "marina1959reyes@gmail.com" <marina1959reyes@gmail.com>

Buenos dias

Señora
ALBA MARINA REYES BARBOSA

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citarla para la realización del Examen Médico de retiro, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; solicito presentarse en la siguiente dirección y horario:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha: martes 09 de julio de 2024
Hora: 08:30 am

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS:

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- No es necesario ir en ayunas
- Llevar el documento de identidad

Feliz día.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652
Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta

69

Código postal: 507001
www.acacias.gov.co

AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información confidencial de la Alcaldía de Acacías Meta. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá usar, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de Enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a seguridaddigital@acacias.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

EQUIVIDA
salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias
FECHA: 09/09/2024

Yo, Alba Marina Lopez Barbosa identificado (a) con el Nº de Cedula: 35491617, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
Examen médico ocupacional		
Audiometría		
Optometría		
Laboratorio		
Psicología		
Radiografia de columna		
Otros.		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS.

Firma del Paciente: _____ Cedula: 35491617.

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240712020324
Paciente:	BETSY STELLA ORJUELA PINTO	CC:	40428487
Edad:	51 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-29 16:11:39	Fecha Atención:	2024-07-12 07:59:55
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
OPTOMETRIA	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
PSICOLOGIA	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH		
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO:	EL ASPIRANTE ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CARGO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ALIMENTACION SALUDABLE 5. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 6. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PARA VISION PROXIMA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Reg. 21921 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 21921 de 03/05/2017
Licencia S.O: 8309 de 05/12/2022

Firma del Paciente: BETSY STELLA ORJUELA PINTO
Identificacion: CC. - 40428487

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

programacion examenes medicos ocupacionales - ingreso

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 10 de julio de 2024, 14:38
Para: "betsyorjuela@gmail.com" <betsyorjuela@gmail.com>

Buenas tardes

Señora

BETSY STELLA ORJUELA PINTO

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citarla para la realización del Examen Médico de ingreso, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; solicito presentarse en la siguiente dirección y horario:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha: viernes 12 de julio de 2024
Hora: 06:30 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones èmitidas por la IPS:

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Ir en ayunas
- Llevar el documento de identidad

Feliz dia.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

1040428487

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652
Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta

Código postal: 507001
www.acacias.gov.co

AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información confidencial de la Alcaldía de Acacías Meta. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá usar, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de Enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a seguridaddigital@acacias.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

EQUIVIDA
Salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacías
FECHA: 12 - Jul - 2024

Yo, Betty Stella Ojeda identificado (a) con el Nº de Cedula: 40428487, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
AUDIOMETRÍA		
OPTOMETRÍA		
LABORATORIO CLINICO		
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: ____ ESPIROMETRIA : ____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: _____ **C.C.** 40428487

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240724020318
Paciente:	LEIDY VIVIANA DUQUE ROJAS	CC:	41242979
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-24 15:48:12	Fecha Atención:	2024-07-24 07:56:35
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. USO DE CORRECCION VISUAL EN VISION PROXIMA 5. ALIMENTACION BALANCEADA, DISMINUIR CONSUMO DE AZUCARES AÑADIDOS Y HARINAS 6. SE SUGIERE REPETIR PARACLINICO EN SU EPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ENFASIS EN MMSS
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. Daniela Sánchez Martínez
C.C. 1.018.424.938 - RM. 15834
Especialista L.B.O 3441/2016

74

Acacias@equividaso.com.co

De: Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>
Enviado el: martes, 23 de julio de 2024 8:06 a. m.
Para: Sandra Olarte; acacias@equividaso.com.co
Asunto: Re: PROGRAMACION EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

Buenos dias

A continuación adjunto la información solicitada

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	DEPENDENCIA
1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL	1022334602	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ	1118550318	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ	53074227	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
4. MARYURI BERNAL ALONSO	40432800	TECNICO OPERATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
5. LEYDI VIVIANA DUQUE	41242979	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
6. JULIAN ALBERTO BOTERO	86083643	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
7. LIZA MARGARITA CARDONA URREA	1123162186	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA JURÍDICA
8. ANDRES GUIOVANNY LAYTON	1010206810	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA JURÍDICA
9. NAIDU INFANTE SIERRA	21177520	SECRETARIA	SECRETARIA PRIVADA
10. MARTHA GISSELA MONTOYA HERRERA	1121858637	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SECRETARIA DE SALUD

Quedo atenta

El vie, 19 jul 2024 a las 16:40, Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías (<riesgoslaborales@acacias.gov.co>) escribió:

> Buenas tardes
>
> Señores
> **EQUIVIDA IPS**
>
> A continuación me permito adjuntar las citaciones para la realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos del siguiente personal.
>
> **OFICINA DE CONTRATACIÓN**
>
> 1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL
>
> 2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ
>
> 3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ
>
> 4. MARYURI BERNAL ALONSO
>
> 5. LEYDI VIVIANA DUQUE

75

EQUIVIDA
salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias
FECHA: 24-07-24

Yo, Diviana Duque Rojas identificado (a) con el Nº de Cedula: 41242979, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL,** para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
AUDIOMETRÍA		
OPTOMETRÍA		
LABORATORIO CLINICO		
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA	—	—
ELECTROCARDIOGRAMA	—	—
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: _____ ESPIROMETRIA : _____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: _____ **C.C.** 41242979

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240724020330
Paciente:	GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ	CC:	53074227
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-24 15:46:08	Fecha Atención:	2024-07-24 08:16:15
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. USO DE CORRECCION OPTICA EN VISION PROXIMO 5. DEBE REALIZARSE NUEVO CONTROL METABOLICO DE PERFIL LIPIDICO EN SU EPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. Daniela Sánchez Martínez
C.C. 1.018.434.938 - RM. 15834
Especialista L.S.O 3441/2016
Equivida Salud Ocupacional

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
Registro M.D: 15834 de 19/11/2014

Firma del Paciente: GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ
Identificacion: CC. - 53074227

Acacias@equividaso.com.co

De: Riesgos Laborales Alcaldía de Acacias <riesgoslaborales@acacias.gov.co>
Enviado el: martes, 23 de julio de 2024 8:06 a. m.
Para: Sandra Olarte; acacias@equividaso.com.co
Asunto: Re: PROGRAMACION EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

Buenos dias

A continuación adjunto la información solicitada

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	DEPENDENCIA
1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL	1022334602	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ	1118550318	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ	53074227	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
4. MARYURI BERNAL ALONSO	40432800	TECNICO OPERATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
5. LEYDI VIVIANA DUQUE	41242979	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
6. JULIAN ALBERTO BOTERO	86083643	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
7. LIZA MARGARITA CARDONA URREA	1123162186	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA JURÍDICA
8. ANDRES GUIOVANNY LAYTON	1010206810	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA JURÍDICA
9. NAIDU INFANTE SIERRA	21177520	SECRETARIA	SECRETARIA PRIVADA
10. MARTHA GISSELA MONTOYA HERRERA	1121858637	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SECRETARIA DE SALUD

Quedo atenta

El vie, 19 jul 2024 a las 16:40, Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías (<riesgoslaborales@acacias.gov.co>) escribió:

Buenas tardes

Señores
EQUIVIDA IPS

A continuación me permito adjuntar las citaciones para la realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos del siguiente personal.

OFICINA DE CONTRATACIÓN

1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL

2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ

3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ

4. MARYURI BERNAL ALONSO

5. LEYDI VIVIANA DUQUE

EQUIVIDA
salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias
FECHA: 24-07-24

Yo, Gina Marcela Hernandez Bohorquez identificado (a) con el Nº de Cedula: 53074227, autorizo a la IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
AUDIOMETRÍA		
OPTOMETRÍA		
LABORATORIO CLINICO		
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: ____ ESPIROMETRIA : ____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: _____ C.C. 53074227

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240808020343
Paciente:	CLAUDIA PAOLA GARCIA DIAZ	CC:	53083696
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-08-08 14:34:22	Fecha Atención:	2024-08-08 07:55:45
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO:	EL ASPIRANTE ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CARGO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dra. Alexandra Guerrero V.
Eps Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 4482 de 2017

Profesional Ocupacional: NANCY ALEXANDRA GUERRERO VELASCO
Registro M.D: 254804 de 30/05/2014
Licencia S.O: 4492 de 11/07/2017

Firma del Paciente: CLAUDIA PAOLA GARCIA DIAZ
Identificacion: CC. - 53083696

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Alcaldía de Acacías

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>

CITACIÓN EXAMENES MEDICOS OCUPACIONAES - INGRESO

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 6 de agosto de 2024, 15:20
Para: CLAPAGADI6@hotmail.com

Buenas tardes

Señora
CLAUDIA PAOLA GARCIA DIAZ

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citar para la realización del Examen Médico de ingreso, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; me permito programar nuevamente la toma de exámenes médicos de ingreso para la siguiente fecha:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha:jueves 08 de agosto de 2024
Hora: 07:00 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS:

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Ir en ayunas
- Llevar el documento de identidad

Feliz día.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652
Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta

81

EQUIVIDA
salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias - Meta
FECHA: 8-8-24

Yo, CLAUDIA PAOLA GARCIA identificado (a) con el Nº de Cedula: 53083696, autorizo a la IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
Examen médico ocupacional		
Audiometría		
Optometría		
Laboratorio		
Psicología		
Radiografia de columna		
Otros.		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS.

Firma del Paciente: _____ Cedula: 53083696

82

EQUIVIDA
Salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: ACACIAS
FECHA: 05-08-24

Yo, YURANY MILENA PADILLA ROMERO identificado (a) con el Nº de Cedula: 1094666886, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
Examen médico ocupacional		YURANY PADILLA
Audiometría		YURANY PADILLA
Optometría		YURANY PADILLA
Laboratorio	Laura V.	YURANY PADILLA
Psicología		YURANY PADILLA
Radiografia de columna		
Otros.		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS.

Firma del Paciente: YURANY PADILLA Cedula: 1094666886

Alcaldía de Acacías

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>

citacion examen medico ocupacional de retiro

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 9 de agosto de 2024, 8:36
Para: marlyrestrepo1604@gmail.com

Buenos dias

Señora
MARLY JULIETH RESTREPO MONROY

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citarla para la realización del Examen Médico de retiro, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; solicito presentarse en la siguiente dirección y horario:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha: lunes 12 de agosto de 2024
Hora: 08:00 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Llevar el documento de identidad
- No es necesario ir en ayunas

Feliz día.

CC. 1007119076

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652

Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta
Código postal: 507001
www.acacias.gov.co

AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información confidencial de la Alcaldía de Acacías Meta. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá usar, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de Enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a seguridaddigital@acacias.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explicita.

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240812020352
Paciente:	MARLY JULIETH RESTREPO MONROY	CC:	1007419076
Edad:	24 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-08-12 08:57:16	Fecha Atención:	2024-08-12 08:51:09
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO:	SE REALIZÓ VALORACIÓN MÉDICA DE EGRESO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ACCIDENTES DE TRABAJO, NI ESTUDIOS DE ENFERMEDAD LABORAL REFERIDOS, POR LO TANTO, DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO LABORAL ES SATISFACTORIO PARA SU RETIRO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Registro M.D: 21921 de 03/05/2017
Licencia S.O: 8309 de 05/12/2022

Firma del Paciente: MARLY JULIETH RESTREPO MONROY
Identificacion: CC. - 1007419076

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240724020334
Paciente:	ANDRES GIOVANNY LAYTON ALDANA	CC:	1010206810
Edad:	31 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIOINAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-24 15:49:46	Fecha Atención:	2024-07-24 08:56:36
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ALIMENTACION SALUDABLE, DISMINUIR CONSUMO DE AZUCARES AÑADIDOS Y HARINAS 5. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 6. USO DE GAFAS POR ESFUERZO VISUAL
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	HIGIENE POSTURAL, PAURAS ACTIVAS ENFASIS EN TRONCO, ERGONOMIA EN EL PUESTO DE TRABAJO
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. Daniela Sánchez Martínez
C.C. 1.018.424.908 - RM. 16894
Especialista L.S.O 3441/2018
Mpreventivas@equividaso.com.co
Equividad Salud Ocupacional

86

Acacias@equividaso.com.co

De: Riesgos Laborales Alcaldía de Acacias <riesgoslaborales@acacias.gov.co>
Enviado el: martes, 23 de julio de 2024 8:06 a. m.
Para: Sandra Olarte; acacias@equividaso.com.co
Asunto: Re: PROGRAMACION EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

Buenos dias

A continuación adjunto la información solicitada

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	DEPENDENCIA
1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL	1022334602	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ	1118550318	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ	53074227	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
4. MARYURI BERNAL ALONSO	40432800	TECNICO OPERATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
5. LEYDI VIVIANA DUQUE	41242979	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
6. JULIAN ALBERTO BOTERO	86083643	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
7. LIZA MARGARITA CARDONA URREA	1123162186	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA JURÍDICA
8. ANDRES GUIOVANNY LAYTON	1010206810	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA JURÍDICA
9. NAIDU INFANTE SIERRA	21177520	SECRETARIA	SECRETARIA PRIVADA
10. MARTHA GISSELA MONTOYA HERRERA	1121858637	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SECRETARIA DE SALUD

Quedo atenta

El vie, 19 jul 2024 a las 16:40, Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías (<riesgoslaborales@acacias.gov.co>) escribió:

Buenas tardes

Señores
EQUIVIDA IPS

A continuación me permito adjuntar las citaciones para la realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos del siguiente personal.

OFICINA DE CONTRATACIÓN

1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL

2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ

3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ

4. MARYURI BERNAL ALONSO

5. LEYDI VIVIANA DUQUE

87

EQUIVIDA
Salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias

FECHA: 24-07-24

Yo, Andres Leyto. Alvarez identificado (a) con el Nº de Cedula: 1010206810, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL,** para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
AUDIOMETRÍA		
OPTOMETRÍA		
LABORATORIO CLINICO		
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: ____ ESPIROMETRIA : ____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: _____ **C.C.** 1010206810

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240715020389
Paciente:	LEIDY CAROLINA MAHECHA GUTIERREZ	CC:	1018402839
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-15 10:30:19	Fecha Atención:	2024-07-15 10:23:44
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO:	SE REALIZÓ VALORACIÓN MÉDICA DE EGRESO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ACCIDENTES DE TRABAJO, NI ESTUDIOS DE ENFERMEDAD LABORAL REFERIDOS, POR LO TANTO, DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO LABORAL ES SATISFACTORIO PARA SU RETIRO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. William David Sanchez Martinez
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 21921 de 03/05/2017
Licencia S.O: 8309 de 05/12/2022

Firma del Paciente: LEIDY CAROLINA MAHECHA GUTIERREZ
Identificacion: CC. - 1018402839

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

CITACION EXAMENES MEDICOS LABORALES - RETIRO

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 10 de julio de 2024, 15:38
Para: CAROMAGUTI1@gmail.com

Buenas tardes

Señora
LEIDY CAROLINA MAHECHA GUTIERREZ

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citarla para la realización del Examen Médico de retiro, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; solicito presentarse en la siguiente dirección y horario:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha: lunes 15 de julio de 2024
Hora: 08:30 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS:

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Llevar el documento de identidad
- No es necesario ir en ayunas

Feliz día.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652
Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta
Código postal: 507001
www.acacias.gov.co

AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información confidencial de la Alcaldía de Acacías Meta. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá usar, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de Enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a seguridaddigital@acacias.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

EQUIVIDA
Salud Ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias Meta.
FECHA: 15-07-24

Yo, Lady Carolina Machacha Gutierrez identificado (a) con el Nº de Cedula: 1018402839, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
AUDIOMETRÍA		
OPTOMETRÍA		
LABORATORIO CLINICO		
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: ____ ESPIROMETRIA : ____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: _____ **C.C.** 1018402839

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240715020391
Paciente:	ANGIE CATHERINE CORREA PINEDA	CC:	1115084351
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO
Cargo:	SECRETARIA	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-15 10:36:47	Fecha Atención:	2024-07-15 10:30:44
Sede:	ACACIAS		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO:	SE REALIZÓ VALORACIÓN MÉDICA DE EGRESO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ACCIDENTES DE TRABAJO, NI ESTUDIOS DE ENFERMEDAD LABORAL REFERIDOS, POR LO TANTO, DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO LABORAL ES SATISFACTORIO PARA SU RETIRO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. William David Sanchez Marti.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Angie Catherine Correa Pineda

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ

Registro M.D: 21921 de 03/05/2017
Licencia S.O: 8309 de 05/12/2022

Firma del Paciente: ANGIE CATHERINE CORREA PINEDA
Identificacion: CC. - 1115084351

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

CITACION EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 10 de julio de 2024, 15:46
Para: "an-gie32@hotmail.com" <an-gie32@hotmail.com>

Buenas tardes

Señora
ANGIE CATHERINE CORREA PINEDA

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citarla para la realización del Examen Médico de retiro, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; solicito presentarse en la siguiente dirección y horario:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha: lunes 15 de julio de 2024
Hora: 08:30 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS:

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Llevar el documento de identidad
- No es necesario ir en ayunas

Feliz día.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652
Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta
Código postal: 507001
www.acacias.gov.co

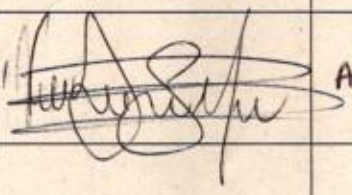
AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información confidencial de la Alcaldía de Acacías Meta. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá usar, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de Enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a seguridaddigital@acacias.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

EQUIVIDA
salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias (meta)
FECHA: 15-07-2024

Yo, Angie catherine Correa Pineda identificado (a) con el Nª de Cedula: 1.115.084.351, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		Angie catherine Correa
AUDIOMETRÍA		
OPTOMETRÍA		
LABORATORIO CLINICO		
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: ____ ESPIROMETRIA : ____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: Angie Catherine Correa **C.C.** 1115.084.351

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240725020330
Paciente:	JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ	CC:	1118550318
Edad:	32 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIOINAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-25 14:43:48	Fecha Atención:	2024-07-25 08:19:00
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ALIMENTACION SALUDABLE 5. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 6. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL 7. ALTERNAR USO DE DISPOSITIVOS ELECTRONICOS EN CADA OREJA, VOLUMEN MODERADO/BAJO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. William David Sanchez Marti...
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
C.C. 1.075...
Reg. 23921 Lic. 8309

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 21921 de 03/05/2017
Licencia S.O: 8309 de 05/12/2022

Firma del Paciente: JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ
Identificacion: CC. - 1118550318

Acacias@equividaso.com.co

De: Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>
Enviado el: martes, 23 de julio de 2024 8:06 a. m.
Para: Sandra Olarte; acacias@equividaso.com.co
Asunto: Re: PROGRAMACION EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

Buenos dias

A continuación adjunto la información solicitada

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	DEPENDENCIA
1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL	1022334602	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ	1118550318	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ	53074227	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
4. MARYURI BERNAL ALONSO	40432800	TECNICO OPERATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
5. LEYDI VIVIANA DUQUE	41242979	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
6. JULIAN ALBERTO BOTERO	86083643	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
7. LIZA MARGARITA CARDONA URREA	1123162186	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA JURÍDICA
8. ANDRES GUIOVANNY LAYTON	1010206810	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA JURÍDICA
9. NAIDU INFANTE SIERRA	21177520	SECRETARIA	SECRETARIA PRIVADA
10. MARTHA GISSELA MONTOYA HERRERA	1121858637	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SECRETARIA DE SALUD

Quedo atenta

El vie, 19 jul 2024 a las 16:40, Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías (<riesgoslaborales@acacias.gov.co>) escribió:

Buenas tardes

Señores
EQUIVIDA IPS

A continuación me permito adjuntar las citaciones para la realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos del siguiente personal.

OFICINA DE CONTRATACIÓN

1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL

2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ

3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ

4. MARYURI BERNAL ALONSO

5. LEYDI VIVIANA DUQUE

96

EQUIVIDA
Salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: ACACIAS
FECHA: 25/JULIO/24

Yo, JIMMY ALARCON identificado (a) con el Nº de Cedula: 1118550318, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
AUDIOMETRÍA		
OPTOMETRÍA		
LABORATORIO CLINICO		
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: ____ ESPIROMETRIA : ____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: _____ **C.C.** 1118550318

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240726020329
Paciente:	MARTHA GISELA MONTOYA HERRERA	CC:	1121858637
Edad:	34 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIA	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-26 14:31:45	Fecha Atención:	2024-07-26 07:40:42
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	1- ESTABLECER HORARIO LABORAL NORMAL, SEGUN LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA NO REALIZAR HORAS EXTRAS, TRABAJOS QUE REQUIERAN TRASLADARSE DE SU OFICINA O TRABAJO NOCTURNO. 2- INCENTIVAR PROGRAMAS DE RECREACION Y DEPORTE DENTRO DE LA EMPRESA O TAMBIEN FIUERA DE LA EMPRESA. 3-PERMITIR PAUSAS ACTIVAS DE 10 MINUTOS POR CADA 2 HORAS DE TRABAJO, DURANTE LA JORNADA LABORAL 4- EVITAR TAREAS QUE DEMANDEN ALTA CARGA MENTAL Y ALTO CONTENIDO PSICOSOCIAL (JORNADA EXTRA, SOBRECARGA LABORAL, TAREAS MINUCIOSAS, TAREAS CON POSBILIDAD DE ERROR, TRABAJOS DE ALTO RIESGO COMO ALTURAS O CONFINADOS). 5-ESTABLECER CANALES DE COMUNICACION EFICIENTES QUE PERMITAN FACILITAR EL DESEMPEÑO Y DISMINUIR FACTORES ESTRESANTES DEL ENTORNO LABORAL 6- PERMITIR CONTROLES MEDICOS CON ESPECIALIDAD (PSIQUIATRIA) TRATANTE
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

98

Acacias@equividaso.com.co

De: Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>
Enviado el: martes, 23 de julio de 2024 8:06 a. m.
Para: Sandra Olarte; acacias@equividaso.com.co
Asunto: Re: PROGRAMACION EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

Buenos dias

A continuación adjunto la información solicitada

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	DEPENDENCIA
1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL	1022334602	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ	1118550318	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ	53074227	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
4. MARYURI BERNAL ALONSO	40432800	TECNICO OPERATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
5. LEYDI VIVIANA DUQUE	41242979	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
6. JULIAN ALBERTO BOTERO	86083643	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
7. LIZA MARGARITA CARDONA URREA	1123162186	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA JURÍDICA
8. ANDRES GUIOVANNY LAYTON	1010206810	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA JURÍDICA
9. NAIDU INFANTE SIERRA	21177520	SECRETARIA	SECRETARIA PRIVADA
10. MARTHA GISSELA MONTOYA HERRERA	1121858637	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SECRETARIA DE SALUD

Quedo atenta

El vie, 19 jul 2024 a las 16:40, Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías (<riesgoslaborales@acacias.gov.co>) escribió:

Buenas tardes

Señores
EQUIVIDA IPS

A continuación me permito adjuntar las citaciones para la realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos del siguiente personal.

OFICINA DE CONTRATACIÓN

1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL

2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ

3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ

4. MARYURI BERNAL ALONSO

5. LEYDI VIVIANA DUQUE

EQUIVIDA
Salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias, Meta
FECHA: 26/07/24

Yo, Martha Gisela Montaña Herrera, identificado (a) con el Nº de Cedula: 1.121858637, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	Alexandra Bermudez Médico Ocupacional	Martha Montaña
AUDIOMETRÍA		Martha Montaña
OPTOMETRÍA		Martha Montaña.
LABORATORIO CLINICO		Martha Montaña.
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: ____ ESPIROMETRIA : ____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: Martha Montaña **C.C.** 1121858637

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240813020373
Paciente:	MANUEL FELIPE BLANCO OSPINA	CC:	1122141198
Edad:	27 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO
Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-08-13 09:37:07	Fecha Atención:	2024-08-13 09:31:40
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO:	SE REALIZÓ VALORACIÓN MÉDICA DE EGRESO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	NIEGA AT Y EP.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	4. REALIZADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

JOSE ALEJANDRO HEREDIA
Medico Especialista en S.O
R.M 1707 Lic.SST 6891
Equivida Salud Ocupacional

Profesional Ocupacional: JOSE ALEJANDRO HEREDIA VILLARROYA 0

Registro M.D: 1707 de 14/07/2003
Licencia S.O: 6891 de 19/08/2020

Firma del Paciente: MANUEL FELIPE BLANCO OSPINA
Identificacion: CC. - 1122141198

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Alcaldía de Acacías

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>

citacion examenes medicos de retiro

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 12 de agosto de 2024, 11:11
Para: Manuel Felipe Blanco ospina <manuelfbo@icloud.com>

Buenos dias

Señor
MANUEL FELIPE BLANCO

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citarlo para la realización del Examen Médico de retiro, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; solicito presentarse en la siguiente dirección y horario:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha:martes 13 de agosto de 2024
Hora: 08:30 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Llevar el documento de identidad
- No es necesario ir en ayunas

13-08-24.

Feliz dia.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652

Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta
Código postal: 507001
www.acacias.gov.co

AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información confidencial de la Alcaldía de Acacías Meta. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá usar, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de Enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a seguridaddigital@acacias.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explicita.

EQUIVIDA
Salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias Meta
FECHA: 19-07-24

Yo, Manuel Felipe Blanco Ospina identificado (a) con el Nº de Cedula: 1122141198, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL,** para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
AUDIOMETRÍA		
OPTOMETRÍA		
LABORATORIO CLINICO	Tatiana Baquero.	
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: ____ ESPIROMETRIA : ____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: _____ **C.C.** 1122141198

Prestador:	500060138502
No. Identificación	900491982-8
Dirección:	Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono:	6849725
Email:	Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/10/01	Nro Ingreso:	202407230203109
Paciente:	LUZ TATIANA ARDILA SANCHEZ	CC:	1122144022
Edad:	25 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRAVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-23 10:26:31	Fecha Atención:	2024-07-23 10:23:57
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO:	SE REALIZÓ VALORACIÓN MÉDICA DE EGRESO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	NIEGA AT Y EP.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

JOSE ALEJANDRO HEREDIA
Medico Especialista en S.O
R.M 1707 Lic.SST 6891
Equividad Salud Ocupacional

Profesional Ocupacional: JOSE ALEJANDRO HEREDIA VILLARROYA 0
Registro M.D: 1707 de 14/07/2003
Licencia S.O: 6891 de 19/08/2020

Firma del Paciente: LUZ TATIANA ARDILA SANCHEZ
Identificacion: CC. - 1122144022

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Alcaldía de Acacías

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>

citacion examenes medicos ocupacionales - retiro

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 19 de julio de 2024, 15:06
Para: LUZ TATIANA ARDILA SANCHEZ <tatiana-151290@outlook.com>

Buenas tardes

Señora
LUZ TATIANA ARDILA

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citarla para la realización del Examen Médico de retiro, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; solicito presentarse en la siguiente dirección y horario:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha: martes 23 de julio de 2024
Hora: 08:30 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Llevar el documento de identidad
- No es necesario ir en ayunas

Feliz día.

ALCALDÍA DE ACACIAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652

105

EQUIVIDA
salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias
FECHA: 23/07/2024

Yo, Luz Tatiana Arcila Sanchez identificado (a) con el Nº de Cedula: 1122144022, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
Examen médico ocupacional		
Audiometría		
Optometría		
Laboratorio		
Psicología		
Radiografia de columna		
Otros.		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS.

Firma del Paciente: _____ Cedula: 1122144022

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240820020313
Paciente:	LAURA CAMILA CASANOVA LOSADA	CC:	1122146057
Edad:	25 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Cargo:	INSPECTOR DE POLICIA	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-08-20 13:38:13	Fecha Atención:	2024-08-20 08:14:39
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO:	EL ASPIRANTE ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CARGO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. USO DE GAFAS PERMANENTES
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. Daniela Sánchez Martínez
C.C. 1.018 424.936 - RM. 15834
Especialista L.S.O 3441/2016
Equivida Salud Ocupacional

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
Registro M.D: 15834 de 19/11/2014
Licencia S.O: 3441 de 12/02/2016

Laura Casanova

Firma del Paciente: LAURA CAMILA CASANOVA LOSADA
Identificacion: CC. - 1122146057

Alcaldía de Acacías

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>

corrección citacion examenes medicos de ingreso

1 mensaje

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 16 de agosto de 2024, 14:06
Para: "milacasanova18@hotmail.com" <milacasanova18@hotmail.com>

Buenas tardes

Señora
LAURA CAMILA CASANOVA

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citarla para la realización del Examen Médico de ingreso, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; me permito programar nuevamente la toma de exámenes médicos de ingreso para la siguiente fecha:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha: martes 20 de agosto de 2024
Hora: 07:00 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS:

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Ir en ayunas
- Llevar el documento de identidad

Feliz dia.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652
Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta

Código postal: 507001
www.acacias.gov.co

AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información confidencial de la Alcaldía de Acacías Meta. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá usar, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de Enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a seguridaddigital@acacias.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explicita.

EQUIVIDA
salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacías
FECHA: 20/08/2024

Yo, Laura Camila Casanova Losada identificado (a) con el Nº de Cedula: 1122196057, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
Examen médico ocupacional	-	- Laura Camila Casanova L
Audiometría	-	- Laura Camila Casanova L
Optometría	-	Laura Camila Casanova L
Laboratorio	-	- Laura Camila Casanova L.
Psicología	-	Laura Camila Casanova L
Radiografía de columna		
Otros.		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS.

Firma del Paciente: Laura Camila Casanova Cedula: 1122196057.

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240724020344
Paciente:	LIZA MARGARITA CARDONA URREA	CC:	1123162186
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO
Cargo:	AUXILIAR ADMIONISTRATIVO	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Origen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-08-20 10:12:04	Fecha Atención:	2024-07-24 09:13:46
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO:	PUEDE CONTINUAR REALIZANDO LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. USO DE GAFAS DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ENFASIS EN MMSS CADA 2 HORAS EN DIGITACION CONTINUA
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. Daniela Sánchez Martínez
C.C. 1.018.424.936 - RM. 15834
Especialista L.S.O 3441/2016
Equivida Salud Ocupacional

Profesional Ocupacional: DANIELA SANCHEZ MARTINEZ 0
Registro M.D: 15834 de 19/11/2014

Firma del Paciente: LIZA MARGARITA CARDONA URREA
Identificacion: CC. - 1123162186

Acacias@equividaso.com.co

De: Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>
Enviado el: martes, 23 de julio de 2024 8:06 a. m.
Para: Sandra Olarte; acacias@equividaso.com.co
Asunto: Re: PROGRAMACION EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

Buenos dias

A continuación adjunto la información solicitada

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	DEPENDENCIA
1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL	1022334602	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ	1118550318	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ	53074227	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
4. MARYURI BERNAL ALONSO	40432800	TECNICO OPERATIVO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
5. LEYDI VIVIANA DUQUE	41242979	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
6. JULIAN ALBERTO BOTERO	86083643	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA DE CONTRATACIÓN
7. LIZA MARGARITA CARDONA URREA	1123162186	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	OFICINA JURÍDICA
8. ANDRES GUIOVANNY LAYTON	1010206810	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	OFICINA JURÍDICA
9. NAIDU INFANTE SIERRA	21177520	SECRETARIA	SECRETARIA PRIVADA
10. MARTHA GISSELA MONTOYA HERRERA	1121858637	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	SECRETARIA DE SALUD

Quedo atenta

El vie, 19 jul 2024 a las 16:40, Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías (<riesgoslaborales@acacias.gov.co>) escribió:

Buenas tardes

Señores
EQUIVIDA IPS

A continuación me permito adjuntar las citaciones para la realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos del siguiente personal.

OFICINA DE CONTRATACIÓN

1. GABRIEL FERNANDO PASTRAN VILLAMIL

2. JIMMY FERNANDO ALARCON JIMENEZ

3. GINNA MARIANA HERNANDEZ BOHORQUEZ

4. MARYURI BERNAL ALONSO

5. LEYDI VIVIANA DUQUE

EQUIVIDA
salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias
FECHA: 24-07-24

Yo, Ana Margarita Cardona Urrea identificado (a) con el Nº de Cedula: 1.123.162.186, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL,** para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
AUDIOMETRÍA		
OPTOMETRÍA		
LABORATORIO CLINICO		
PSICOLOGÍA		
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: ____ ESPIROMETRIA : ____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: _____ C.C. 1123162186

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
OSTEOMUSCULAR,CARDIOVASCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/10/01	Nro Ingreso:	20240719020316
Paciente:	RUDDY THALIA RAMIREZ GONZALEZ	CC:	1123513259
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Cargo:	AYUDANTE	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-07-29 15:09:05	Fecha Atención:	2024-07-19 07:07:59
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO:	EL ASPIRANTE ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD, PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CARGO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: 1. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 2. AUTOCUIDADO 3. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO 4. ALIMENTACION SALUDABLE 5. DEPORTE PERIODICO EN SU TIEMPO LIBRE 6. USO DE LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTES
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	A.APROBADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

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

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 21921 de 03/05/2017
Licencia S.O: 8309 de 05/12/2022

Firma del Paciente: RUDDY THALIA RAMIREZ GONZALEZ
Identificacion: CC. - 1123513259

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Alcaldía de Acacías

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>

programación examenes medicos ocupacionales - ingreso

2 mensajes

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 10 de julio de 2024, 15:19
Para: "ruddythaliar@gmail.com" <ruddythaliar@gmail.com>

Buenas tardes

Señora
RUDDY THALIA RAMIREZ GONZALEZ

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citarla para la realización del Examen Médico de ingreso, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; solicito presentarse en la siguiente dirección y horario:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha: lunes 15 de julio de 2024
Hora: 06:30 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS:

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Ir en ayunas
- Llevar el documento de identidad

Thalia Ramirez
1.123.513 259.

Feliz día.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652
Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta
Código postal: 507001
www.acacias.gov.co

114

AVISO LEGAL: Este correo electrónico contiene información confidencial de la Alcaldía de Acacías Meta. Si Usted no es el destinatario, le informamos que no podrá usar, retener, imprimir, copiar, distribuir o hacer público su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de Enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si ha recibido este correo por error, por favor infórmenos a seguridaddigital@acacias.gov.co y bórrelo. Si usted es el destinatario, le solicitamos mantener reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co> 18 de julio de 2024, 15:23
Para: ruddythaliar@gmail.com

Buenas tardes

Señora
RUDDY THALIA RAMIREZ GONZALEZ

Cordial saludo;

La oficina de Recurso Humano a través del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, se permite citar para la realización del Examen Médico de ingreso, según lo define la Resolución 1016 de 1989 y la Resolución 2346 de 2007, donde se reglamenta la práctica de Evaluaciones Médicas Ocupacionales y el manejo y el contenido de las historias clínicas ocupacionales.

Por lo anterior expuesto; me permito programar nuevamente la toma de exámenes médicos de ingreso para la siguiente fecha:

IPS: Equivida
Dirección: calle 13 número 12-44 barrio Juan Mellao (media cuadra bajando del antiguo despacho del alcalde)
Fecha:viernes 19 de julio de 2024
Hora: 06:30 a.m

Por favor, seguir las siguientes recomendaciones emitidas por la IPS:

- Llevar tapabocas quirurgico
- Presentarse a la hora puntual
- Ir en ayunas
- Llevar el documento de identidad

Feliz día.

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652

EQUIVIDA
Salud ocupacional
NIT.900491982-8

HOJA DE RUTA EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES

CIUDAD: Acacias - Meta.
FECHA: 19 / Julio / 2024

Yo, Thalia Ruiz Ret. identificado (a) con el Nº de Cedula: 1.123.513 259, autorizo a la **IPS EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL**, para realizar la valoración medico ocupacional y las pruebas complementarias establecida por la empresa ALCALDIA DE ACACIAS:

VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y/O PARACLINICOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL		Thalia R
AUDIOMETRÍA		Thalia R
OPTOMETRÍA		Thalia R
LABORATORIO CLINICO	Tatiana Bayer.	Thalia R
PSICOLOGÍA		Thalia R
RADIOGRAFIA DE COLUMNA		Thalia R
ELECTROCARDIOGRAMA		
OTROS: EVALUACION PSICOSENSOMETRICA OCUPACIONAL: ____ ESPIROMETRIA : ____		

CERTIFICO QUE FUI ENTERADO DEL RESULTADO DE MIS EXAMENES REALIZADOS:

FIRMA: Thalia Ruiz Ret **C.C.** 1.123.513259

Prestador: 500060138502
No. Identificación 900491982-8
Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal
Telefono: 6849725
Email: Contabilidad@equividaso.com.co

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	ACACIAS - 2024/09/23	Nro Ingreso:	20240821020352
Paciente:	RUDDY THALIA RAMIREZ GONZALEZ	CC:	1123513259
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO
Cargo:	AYUANTE	Convenio:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Orígen:	MUNICIPIO DE ACACIAS	Destino:	MUNICIPIO DE ACACIAS
Fecha Salida:	2024-08-21 08:26:06	Fecha Atención:	2024-08-21 08:20:41
Sede:	ACACIAS		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE RETIRO:	SE REALIZÓ VALORACIÓN MÉDICA DE EGRESO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ACCIDENTES DE TRABAJO, NI ESTUDIOS DE ENFERMEDAD LABORAL REFERIDOS, POR LO TANTO, DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO LABORAL ES SATISFACTORIO PARA SU RETIRO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	1. APROBADO OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dr. William David Sanchez Marti
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Thalia Ramirez

Profesional Ocupacional: WILLIAM DAVID SANCHEZ MARTINEZ
Registro M.D: 21921 de 03/05/2017
Licencia S.O: 8309 de 05/12/2022

Firma del Paciente: RUDDY THALIA RAMIREZ GONZALEZ
Identificacion: CC. - 1123513259

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Acacias@equividaso.com.co

De: Riesgos Laborales Alcaldía de Acacías <riesgoslaborales@acacias.gov.co>
Enviado el: viernes, 16 de agosto de 2024 2:17 p. m.
Para: Sandra Olarte; acacias@equividaso.com.co
Asunto: programacion examen medico de retiro

Buenas tardes

Señores

EQUIVIDA

A continuación relaciono los datos de la persona que se realiza los exámenes de retiro

RUDDY THALIA RAMIREZ

c.c 1.123.513.259

CARGO ayudante

Secretaria Administrativa y Financiera

Correo: ruddythaliar@gmail.com

Agradezco su atención

ALCALDÍA DE ACACÍAS

María Fernanda Sabogal Ortiz
Tecnico Operativo - Riesgos Laborales
Secretaría Administrativa y Financiera
Email: riesgoslaborales@acacias.gov.co
Celular: 3214904877
Línea PBX: 3203509652
Nit: 892001457-3
Dirección: Calle 14 N° 21-32 Barrio Cooperativo. Acacías - Meta

ALCALDÍA DE
ACACÍAS

ACTA DE MODIFICACIÓN No. 01 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. OCA-824-2023

CONTRATISTA:	**EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL S.A.S**
NIT:	900491982
REPRESENTANTE LEGAL:	**ILSE MARTINEZ VILLAMIL**
CEDULA:	51.969.725
OBJETO:	*"REALIZACION DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS META"*
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	TREINTA Y SEIS MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE ($36.052.600)
PLAZO INICIAL:	HASTA EL 20 DE DICIEMBRE DE 2023 Y/O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO
FECHA DE INICIO	13 DE SEPTIEMBRE DE 2023
FECHA DE TERMINACION INICIAL	20 DE DICIEMBRE DE 2023
FECHA DE SUSPENSION 1	19 DE DICIEMBRE DE 2023
FECHA DE REINICIO 1	8 DE FEBRERO DE 2024
FECHA DE SUSPENSION 2	8 DE FEBRERO DE 2024
FECHA DE REINICIO 2	23 DE JUNIO DE 2024
PRÓRROGA No. 1 EN VIRTUD DE LA PRESENTE MODIFICACIÓN	DOS (2) MESES
PLAZO TOTAL (Incluidas las prórrogas)	HASTA 24 DE AGOSTO DE 2024 Y/O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO LO QUE PRIMERO SUCEDA
FECHA DE TERMINACIÓN ACTUAL	**24 DE JUNIO DE 2024**

Entre los suscritos, **MUNICIPIO DE ACACÍAS, META** con Nit. 892.001.457-3, representada para los efectos de celebración y trámite de sus negocios jurídicos por **FRANKI ALEXANDER GÓMEZ SÁNCHEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.010.186.007, expedida en Bogotá D.C, en su calidad de Jefe de la Oficina de Contratación del Municipio de Acacías (Meta), cargo para la cual fue nombrado mediante Decreto No. 013 del 3 de enero de 2024 y posesionado mediante Acta No. 014 del 3 de enero de 2024, delegado para ejercer la ordenación del gasto y representar al Municipio en materia contractual mediante el Decreto No. 023 de 15 de febrero de 2024, y quien para los efectos de la presente modificación se denominará **EL MUNICIPIO**, por una parte, y por la otra **EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL S.AS** con numero de NIT. 900491982, representada legalmente por **ILSE MARTINEZ VILLAMIL**, identificada con cedula de ciudadanía No. **51.969.725**, y quien para los efectos de la presente Acta se denomina **EL CONTRATISTA**, hemos decidido suscribir la presente **ACTA DE MODIFICACIÓN No. 01 al CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. OCA-824-2023**, previa las siguientes consideraciones:

I. ANTECEDENTES

La Alcaldía de Acacías Meta adelantó el proceso de selección en la modalidad de MINIMA CUANTIA No. OCA-MC-031-2023, culminando con la celebración del contrato de prestación de servicios No. OCA-824-2023 con **EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL S.AS**, teniendo como objeto la "REALIZACION DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS META".

En consecuencia, las condiciones generales del contrato de prestación de servicios No. OCA-824-2023 son las siguientes:

DATOS ACTUALES DEL CONTRATO OCA-824-2023	
Contrato	OCA-824-2023
Plazo	HASTA EL 20 DE DICIEMBRE DE 2023
Valor	$36.052.600

Fecha de Suscripción del Contrato	31 DE AGOSTO DE 2023
Fecha de inicio	13 DE SEPTIEMBRE DE 2023
Fecha de Terminación actual	**24 DE JUNIO DE 2024**

La necesidad determinada con la celebración del presente contrato obedeció a realizar el seguimiento de las condiciones de salud, que permitan determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, como también monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo a través de la *"REALIZACION DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS META"*.

Por lo anterior, se requiere continuar contando con el servicio de exámenes médicos ocupacionales para poder seguir brindando la posibilidad de la realización de exámenes a los diferentes funcionarios de planta de la administración municipal, para este fin, la presente necesidad fue concertada entre el contratista, supervisor y la entidad; con base en los siguientes fundamentos:

II. JUSTIFICACIÓN Y/O CONCEPTOS DE LA SOLICITUD DE LA MODIFICACIÓN No. 01 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. OCA-824-2023 CONCERTADA ENTRE EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR

A. JUSTIFICACION DEL SUPERVISOR

El supervisor del CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. OCA-824- 2023 mediante oficio de fecha 23 de junio de 2024, solicitó al contratista manifestar su interés para suscribir la Modificación No. 01. Para este fin argumento lo siguiente:

> *"(...) Mediante la presente solicito por favor manifestar su interés en realizar PRORROGA N° 1 al contrato OCA-824-2023 por un término de DOS (2) meses. Dicha prorroga será efectiva a partir del veinticuatro (24) de junio a las 00:00.*
>
> ***JUSTIFICACION***
>
> *El contrato **N° OCA-827-2023** tiene como fecha actual de terminación el día veinticuatro (24) de junio a las 00:00 del hogaño, la administración municipal en su planta de nómina cuenta con 155 empleados, de acuerdo al decreto 249 de 29 de diciembre de 2014 y decreto 255 de 13 diciembre 2023.*
>
> *Es obligación del empleador realizar las llamadas evaluaciones médicas ocupacionales, como parte del sub-programa de medicina preventiva y del trabajo. Resolución del Ministerio de la Protección Social 2346 de 2007*
>
> *El Decreto 2346 de 2007 en el artículo 2 define:*
>
> ***Evaluaciones Médicas Ocupacionales:** Acto médico mediante el cual se interroga y examina a un trabajador, con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo y determinar la existencia de consecuencias en la persona por dicha exposición. Incluye anamnesis, examen físico completo con énfasis en el órgano o sistema blanco, análisis de pruebas clínicas y paraclínicas, tales como: de laboratorio, imágenes diagnósticas, electrocardiograma, y su correlación entre ellos para emitir un diagnóstico y las recomendaciones.*
>
> ***Evaluaciones médicas pre ocupacionales o de pre ingreso:** Son aquellas que se realizan para determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador antes de su contratación, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo.*
>
> ***Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas:** Se realizan con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. Así mismo, para detectar enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo.*
>
> ***Evaluaciones médicas ocupacionales de Egreso (retiro):** Aquellas que se deben realizar al trabajador cuando se termina la relación laboral. Su objetivo es valorar y registrar las condiciones de salud en las que el trabajador se retira de las tareas o funciones asignadas*
> *Que la administración municipal deberá ordenar la realización de otro tipo de evaluaciones médicas ocupacionales, tales como pos-incapacidad o por reintegro, para identificar condiciones de salud que puedan verse agravadas o que puedan interferir en la labor o afectar a terceros, en razón de situaciones particulares.*

Que la entidad para desarrollar su objeto misional requiere adelantar las acciones correspondientes para seguir garantizando los respetivos exámenes que determina la Resolución del Ministerio de la Protección Social 2346 de 2007, con el objetivo de determinar la aptitud del trabajador para desempeñar en forma eficiente las labores sin perjuicio de su salud o la de terceros, comparando las demandas del oficio para el cual se desea contratar con sus capacidades físicas y mentales; establecer la existencia de restricciones que ameriten alguna condición sujeta a modificación, e identificar condiciones de salud que estando presentes en el trabajador, puedan agravarse en desarrollo del trabajo. La Circular Unificada 2004, emitida por la Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de Protección Social, imparte las instrucciones para la vigilancia, el control y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, estableciendo en el Numeral 3, en materia de salud ocupacional que se practiquen los exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos y de retiro.

Las evaluaciones médicas realizadas a los funcionarios requieren de personal especializado para el seguimiento de las condiciones de salud, que permitan resultados y análisis relevantes relacionados con los factores de riesgo, desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica, programas de rehabilitación integral y procesos de calificación de origen y pérdida de capacidad laboral.

Teniendo en cuenta que actualmente al contrato OCA-824-2023 le queda por ejecutar un saldo a favor de la entidad OCHO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS ($ 8.481.400), se hace necesario continuar con la prestación de los servicios adquiridos de conformidad con las especificaciones técnicas y precios establecidos en el contrato vigente, los cuales se relacionan a continuación:" (...)

B. CONTRATISTA

Por lo anterior, el contratista mediante oficio con fecha 23 de junio de 2024, aceptó la Modificación No. 01 del CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. OCA-824- 2023. Para este fin, manifestó lo siguiente:

"(...) En atención al comunicado recibido con fecha del 23 de junio de 2024, con asunto en mención, nos permitimos aceptar la PRORROGA N° 1 al contrato OCA-824-2023 por un término de DOS (2) meses. La anterior prorroga tiene alcance y cobertura de los siguientes exámenes con su respectivo valor:

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO
1	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR	UNIDAD	1	22.800
2	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL TRABAJOS EN ALTURAS	UNIDAD	1	22.800
3	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PARA CONDUCTORES	UNIDAD	1	22.800
4	PRUEBA 16 PF (TEST DE PERSONALIDAD)	UNIDAD	1	15.600
5	TEST DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	UNIDAD	1	44.000
6	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL RESPIRATORIO	UNIDAD	1	22.800
7	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DERMATOLOGICO	UNIDAD	1	22.800
8	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN CONDUCCION	UNIDAD	1	22.800
9	AUDIOMETRÍA	UNIDAD	1	12.700
10	OPTOMETRÍA	UNIDAD	1	12.700
11	ESPIROMETRIA	UNIDAD	1	12.700
12	ELECTROCARDIOGRAMA (EDAD >45 AÑOS, ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR O HTA / DM)	UNIDAD	1	19.000
13	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSO LUMBAR	UNIDAD	1	53.000
14	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PA Y LATERAL IZQ	UNIDAD	1	53.000
15	CUADRO HEMÁTICO	UNIDAD	1	8.800
16	GLICEMIA PREPRANDIAL	UNIDAD	1	8.000
17	PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL, HDL, LDL, TRIGLICÉRIDOS)	UNIDAD	1	18.500

18	CREATININA MAYORES DE 40 AÑOS	UNIDAD	1	7.500
19	PARCIAL DE ORINA	UNIDAD	1	7.500
20	VDRL	UNIDAD	1	7.500
21	HEMOCLASIFICACION	UNIDAD	1	7.500
22	MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS (FROTIS FARÍNGEO, COPROLÓGICO Y KOH DE UÑAS)	UNIDAD	1	21.000
23	TETANOS	UNIDAD	1	16.000
24	FIEBRE AMARILLA	UNIDAD	1	90.000
25	HEPATITIS A	UNIDAD	1	161.000
26	ESQUEMA DE VACUNACION COVID (Revisión)	UNIDAD		3.800
27	ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	UNIDAD	1	550.000
28	EVALUACIÓN DE NIVELES DE RUIDO DOSIMETRÍA - SONOMETRÍA	UNIDAD	1	700.000

III. CONCEPTO Y VIABILIDAD DEL SUPERVISOR

Por lo anterior, el supervisor del CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. OCA-824-2023 viabilizó la presente solicitud de modificación, mediante comunicación de fecha 23 de junio de 2024, para este fin manifestó lo siguiente:

"(...) En desarrollo de la ejecución del contrato de la Secretaria Administrativa Financiera, mediante oficio allegado por parte de ILSE MARTINEZ VILLAMIL CC: 51.969.725 de Bogotá DC. R/L de EQUIVIDA SALUD ACUPACIONAL S.A.S.NIT 900491982-8, aceptan la modificación al contrato de referencia mediante prorroga N° 1 por un plazo de DOS (02) mes más, en aras de dar cumplimento al objeto contractual.

De conformidad con la normatividad vigente en salud ocupacional, se encuentra indispensable contar con los servicios para realizar los exámenes médicos ocupacional de ingreso, Examen médico ocupacional de egreso, Examen médico ocupacional periódico para los 155 empleados públicos que conforman la planta de personal de la Alcaldía del Municipio de Acacías - Meta, de acuerdo al decreto 249 de 29 de diciembre de 2014 y decreto 255 de 13 diciembre 2023.y que es obligación del empleador realizar las llamadas evaluaciones médicas ocupacionales, como parte del sub-programa de medicina preventiva y del trabajo y las demás de conformidad con la Resolución del Ministerio de la Protección Social 2346 de 2007

Que las evaluaciones médicas realizadas a los funcionarios requieren de personal especializado para el seguimiento de las condiciones de salud, que permitan determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador, como también monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo.

Otro factor que es importante para realizar esta prórroga es que el balance financieros del contrato N° OCA-824-2023, arroja un saldo a favor de la entidad por la suma de ***OCHO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS ($ 8.481.400)****, por lo que es conveniente y necesario continuar con la prestación de los servicios adquiridos de conformidad con las especificaciones técnicas y precios establecidos en el contrato vigente, los cuales se relacionan a continuación: " (...).*

(...) La administración municipal debe garantizar dicho contrato con vigencia constante, debido a que la entidad esta obligada a realizar los exámenes de ingreso y de retiro de las personas de las personas que se vinculan a la planta de personal los cuales son inciertos.

Por lo anterior expuesto, la secretaria administrativa y financiera, considera viable y necesario realizar modificación al contrato N° OCA-824-2023 por concepto de prorroga N° 1, para poder seguir brindando la posibilidad de la realización de exámenes a los diferentes funcionarios de planta de la administración municipal. (...)

IV. MODIFICACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. OCA-824-2023

- **PRÓRROGA**

Modificar el ***PLAZO DEL CONTRATO***, en el sentido de prorrogar el contrato de prestación de servicios No. OCA-824-2023 por el término de dos (02) meses más, el cual quedará de la siguiente manera:

> *"(...) El plazo de ejecución del presente contrato corresponde a HASTA EL 24 DE AGOSTO DE 2024 Y/O HASTA AGOTAR EL PRESUPUESTO, LO QUE PRIMERO SUCEDA contados a partir del acta de inicio y previa presentación de los requisitos para el perfeccionamiento y ejecución del contrato"*

Las demás cláusulas del CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. OCA-824-2023 que no hayan sido objeto de modificación se mantienen vigentes.

Nota 1: Conforme el art. 1060 del Código de Comercio, el CONTRATISTA deberá mantener vigentes las garantías a que se refiere esta modificación y la suficiencia de las mismas. Será de su cargo el pago de todas las primas y demás erogaciones de constitución, mantenimiento y restablecimiento inmediato de su monto, cada vez que se disminuya o agote por razón de las sanciones que se imponga, prórrogas o suspensiones, así como mantener informada a su garante de cualquier cambio del riesgo asegurado.

VI. ESTADO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:

El contrato de prestación de servicios No. OCA-824-2023 se encuentra en ejecución a la fecha y cuenta con un saldo de recursos no ejecutados por la suma de OCHO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS ($ 8.481.400) M/CTE.

En constancia, se firma de manera electrónica en la plataforma del SECOP II

Firmado digitalmente por Franki Alexander Gómez Sánchez

FRANKI ALEXANDER GÓMEZ SÁNCHEZ
Jefe Oficina de Contratación
Ordenador del gasto
Delegado mediante Decreto No. 023/02/2024
Municipio de Acacias Meta

EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL S.A.S
ILSE MARTINEZ VILLAMIL
Representante Legal
Contratista

Firmado digitalmente por Aldemar Baquero Bonilla

ALDEMAR BAQUERO BONILLA
Supervisor Designado
Secretario Administrativo y Financiero

Proyecto: Jimmy Fernando Alarcón Jiménez
Revisión jurídica: Karla Viviana Carreño Polania – Abogada contratista

Firmado digitalmente por JIMMY FERNANDO ALARCON
Fecha: 2024.06.24 07:46:40 -05'00'

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141121350624

(415)7707212489984(8020) 000014112135062 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla
EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL	EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal
CL 32 39 35 BRR BARZAL

42. Correo electrónico contabilidad@equividaso.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 8 4 9 7 2 5	6 8 3 2 8 0 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 2 0 1 1 7	8 6 2 1	2 0 1 2 0 1 1 8	4 7 7 4			2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores				
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 09 - 02 / 11 : 02: 04

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre AVILA MARTINEZ ALBERTO MIGUEL

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 29-10-2024 10:28:47AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141121350624

(415)7707212489984(8020) 000014112135062 4

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 1
72. Número	1	1
73. Fecha	2 0 1 2 0 1 1 3	2 0 1 9 0 8 2 0
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 1 2 0 1 1 7	2 0 1 9 0 8 3 0
77. No. Matrícula mercantil	2 2 5 0 5 3	R M 0 9 - 7 5 4 7 9
78. Departamento	5 0	5 0
79. Ciudad/Municipio	4 0	4 0

Vigencia

80. Desde	2 0 1 2 0 1 1 3
81. Hasta	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 8	2 0 1 2 0 1 1 7		-
2	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141121350624

(415)7707212489984(8020) 000014112135062 4

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

Representación

1

98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación	
REPRS LEGAL PRIN	1 8	2 0 1 8 1 0 3 1	

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	8 7 2 1 3 1 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
AVILA	MARTINEZ	ALBERTO	MIGUEL

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación	
REPRS LEGAL SUPL	1 9	2 0 1 9 0 8 2 0	

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	5 1 9 6 9 7 2 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MARTINEZ	VILLAMIL	ILSE	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación	

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación	

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación	

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141121350624

(415)7707212489984(8020) 000014112135062 4

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía	1 3 4 0 4 4 3 2 5 1		9 4 0 9 2 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
JIMENEZ	BARRAGAN	YENNY	

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 0 0 6 2 5

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141121350624

(415)7707212489984(8020) 000014112135062 4

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9	

162. Nombre del establecimiento: EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1	

165. Dirección: CL 32 39 35 BRR BARZAL

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 2 5 2 1 6	2 0 1 2 0 1 1 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 8 4 9 7 2 5		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9	

162. Nombre del establecimiento: EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Acacias 0 0 6	

165. Dirección: CR 20 13 43

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 8 6 7 2 5	2 0 1 5 1 1 1 9	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 5 7 4 5 4 4		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA DE
ACACÍAS

ACTA PARCIAL

OBJETO DEL CONTRATO: "REALIZACION DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACIAS META."

CONTRATANTE:	ALCALDIA DE ACACIAS	**PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL:**	SEIS (06) MESES
CONTRATISTA:	**EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL S.A.S**	**FECHA ACTA DE INICIACIÓN:**	13 DE SEPTIEMBRE DE 2023
SUPERVISOR (A):	**ALDEMAR ARMANDO BAQUERO BONILLA**	**FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:**	20 DE DICIEMBRE DE 2023
	SECRETARIO ADMINISTRTIVO Y FINANCIERO	**FECHA PRESENTE ACTA:**	27 DE NOVIEMBRE DE 2024

VALOR I.

Entre los suscritos a saber ILSE MARTINEZ VILLAMIL , representante legal de EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL S.A.S, en su calidad de contratista y ALDEMAR ARMANDO BAQUERO BONILLA, en su calidad de Supervisor en reunión celebrada el día 27 de NOVIEMBRE de 2024 se suscribió la presente Acta Parcial 02 del contrato No.024 de 2023, para el periodo comprendido entre el 23 DE JUNIO 2024 AL 24 DE AGOSTO DE 2024 y que se detalla a continuación:

No.	CONDICIONES CONTRACTUALES INICIALES					CONDICIONES ACTUALIZADAS DEL CONTRATO		CANTIDADES EJECUTADAS				CANTIDAD POR EJECUTAR
								PRESENTE ACTA		CANTIDADES ACUMULADAS		
	ÍTEM PAGO	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR CANTIDADES EJECUTADAS	CANTIDAD	VALOR CANTIDADES ACUMULADAS	
1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR	UNIDAD	1	$22.800	$22.800	1	$22.800	6	$ 136.800	0	$ -	$ -
2	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJOS EN ALTURAS	UNIDAD	1	$22.800	$22.800	1	$22.800	0	$ -	0	$ -	$ -
3	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PARA CONDUCTORES	UNIDAD	1	$22.800	$22.800	1	$22.800	0	$ -	0	$ -	$ -
4	PRUEBA 16 PF (TEST DE PERSONALIDAD)	UNIDAD	1	$15.600	$15.600	1	$15.600	14	$ 218.400	0	$ -	$ -
5	TEST DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	UNIDAD	1	$44.000	$44.000	1	$44.000	11	$ 484.000	0	$ -	$ -
6	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RESPIRATORIO	UNIDAD	1	$22.800	$22.800	1	$22.800	9	$ 205.200	0	$ -	$ -
7	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DERMATOLOGICO	UNIDAD	1	$22.800	$22.800	1	$22.800	6	$ 136.800	0	$ -	$ -
8	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN CONDUCCION	UNIDAD	1	$22.800	$22.800	1	$22.800	0	$ -	0	$ -	$ -
9	AUDIOMETRIA	UNIDAD	1	$12.700	$12.700	1	$12.700	12	$ 152.400	155	$ 1.968.500,00	$ -
10	OPTOMETRIA	UNIDAD	1	$12.700	$12.700	1	$12.700	12	$ 152.400	155	$ 1.968.500,00	$ -
11	ESPIROMETRIA	UNIDAD	1	$12.700	$12.700	1	$12.700	0	$ -	2	$ 25.400	$ -
12	ELECTROCARDIOGRAMA (EDAD > 45 AÑOS), ANTECEDENTE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR O HTA/DM)	UNIDAD	1	$19.000	$19.000	1	$19.000	1	$ 19.000	58	$ 1.102.000	$ -
13	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	UNIDAD	1	$53.000	$53.000	1	$53.000	1	$ 53.000	1	$ 53.000	$ -
14	RADIOGRAFIA DE TORAX PA Y LATERAL IZQ	UNIDAD	1	$53.000	$53.000	1	$53.000	0	$ -	0	$ -	$ -
15	CUADRO HEMATICO	UNIDAD	1	$8.800	$8.800	1	$8.800	12	$ 105.600	12	$ 105.600	$ -
16	GLICEMIA PREPRANDIAL	UNIDAD	1	$8.000	$8.000	1	$8.000	12	$ 96.000	12	$ 96.000	$ -
17	PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL, HDL, LDL, TRIGLICERIDOS)	UNIDAD	1	$18.500	$18.500	1	$18.500	12	$ 222.000	12	$ 222.000	$ -
18	CREATININA MAYORES DE 40 AÑOS	UNIDAD	1	$7.500	$7.500	1	$7.500	2	$ 15.000	2	$ 15.000	$ -
19	PARCIAL DE ORINA	UNIDAD	1	$7.500	$7.500	1	$7.500	11	$ 82.500	11	$ 82.500	$ -
20	VDRL	UNIDAD	1	$7.500	$7.500	1	$7.500	0	$ -	0	$ -	$ -

428

21	HEMOCLASIFICACION	UNIDAD	1	$7.500	$7.500	1	$7.500	12	$ 90.000	12	$ 90.000	$ -
22	MANIPULACION DE ALIMENTOS (FROTIS FARINGEO COPROLOGICO Y KOH DE UÑAS)	UNIDAD	1	$21.000	$21.000	1	$21.000	0	$ -	0	$ -	$ -
23	TETANOS	UNIDAD	1	$16.000	$16.000	1	$16.000	0	$ -	39	$ 624.000	$ -
24	FIEBRE AMARILLA	UNIDAD	1	$90.000	$90.000	1	$90.000	0	$ -	21	$ 1.890.000	$ -
25	HEPATITIS A	UNIDAD	1	$161.000	$161.000	1	$161.000	0	$ -	0	$ -	$ -
26	ESQUEMA DE VACUNACION COVID (REVISION)	UNIDAD	1	$3.800	$3.800	1	$3.800	3	$ 11.400	3	$ 11.400	$ -
27	ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	UNIDAD	1	$550.000	$550.000	1	$550.000	0	$ -	0	$ -	$ -
28	EVALUACION DE NIVELES DE RUIDO DOSIMETRIA- SONOMETRIA	UNIDAD	1	$700.000	$700.000	1	$700.000	9	$ 6.300.000	9	$ 6.300.000	$ -
	VALOR TOTAL EN UNITARIOS								$ 8.480.500,00		$ 14.553.900	

TOTALES

VALOR DEL CONTRATO	$ 36.052.600,00
VALOR EJECUTADO EN LA PRESENTE ACTA	$ 8.480.500,00
VALOR DEL ANTICIPO AMORTIZADO EN LA PRESENTE ACTA	$0,00
VALOR A CANCELAR POR PARTE DEL MUNICIPIO EN LA PRESENTE ACTA	$ 8.480.500,00
VALOR EJECUTADO EN ACTAS ANTERIORES	$ 27.571.200,00
VALOR POR EJECUTAR	$ -
VALOR ACUMULADO AMORTIZADO DEL ANTICIPO	$ -
SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	$ -
VALOR NO EJECUTADO	$ 900,00
VALOR TOTAL A PAGAR	$ 8.480.500,00

Para constancia de lo anterior firman la presente Acta Parcial N0. 01 , los que en ella intervinieron, a los veintisiete (27) dias del mes de noviembre del 2024

Firmado digitalmente por Aldemar Armando Baquero Bonilla

Contratista Supervisor

ALCALDÍA MUNICIPAL DE ACACÍAS
NIT: 892.001.457-3

Registro Presupuestal Reserva de Apropiación

Número: 2023001664

Fecha:	03/01/2024
Tercero:	900491982
Nombre:	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO MEJORAMIENTO CALIDAD DE VIDA EN SALUD OCUPACIONALS.A.S
Concepto:	CONTRATO 824 DE 2023 - REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE ACACÍAS META.
Tipo de documento:	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Número de documento:	823 DE 2023

CÓDIGO PPTAL	CCPET	SECCIÓN PPTAL	PRODUCTO MGA	FUENTE	CPC DANE	TIPO	No. AFECTADO	VALOR
8.1.2.02.02.009.93121 SEGURIDAD Y SALUD LABORAL	2.1.2.02.02.009 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	16 ADMINISTRACIÓN CENTRAL	99999999999999999999 N.A	1.2.1.0.00 INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACIÓN	93121 SERVICIOS MEDICOS GENERALES	DIX	2023000739	36,052,600.00
							Total Registro:	36,052,600.00

EN LETRAS: TREINTA Y SEIS MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS MC.

NOTA: Este certificado tiene validez para su utilización hasta: 31/12/2024

CARLOS JOHANY GONZÁLEZ GÓNGORA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 05

Elaborado por: CGONZALEZ