

SEDE	CENDIATRA CAJICA	DIRECCIÓN	Carrera 5 # 9 - 26 Complejo Medico Sabana Park
TELÉFONO	879 3655 - 879 3664	EMAIL	<a href="mailto:citas.cajica@cendiatra.com">citas.cajica@cendiatra.com</a>
FECHA DE EXAMEN	2023-02-15	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Nombres y Apellidos	EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR	Identificación CC	Nro 79830250
Fecha de Nacimiento	1976-05-29	Edad	46
Sexo	M		
Empresa	CLIENTE OCASIONAL		
Cargo	CONTRATISTA		
Fecha Ingreso	2023-02-15 08:08:20	Fecha Salida	2023-02-15 12:52:23

**EXAMENES**

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

**CONCEPTO DE APTITUD**

APTITUD ALIMENTOS

APTO(A) PARA MANIPULAR ALIMENTOS

**OBSERVACIONES\_Y\_RECOMENDACIONES**

OBSERVACIONES

NO PRESENTA

RECOMENDACIONES

NO PRESENTA

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

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

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

  
Dra. Laura Elizabeth Pulido Meneses  
Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo  
Resolución 29530-2022  
RM 1098745202

LAURA ELIZABETH PULIDO MENESES

RM: 1098745202

Firma y sello del médico



EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR

CC 79830250

Firma del trabajador

SEDE	CENDIATRA CAJICA	DIRECCIÓN	Carrera 5 # 9 - 26 Complejo Medico Sabana Park
TELÉFONO	879 3655 - 879 3664	EMAIL	<a href="mailto:citas.cajica@cendiatra.com">citas.cajica@cendiatra.com</a>
FECHA DE EXAMEN	2023-02-15	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Nombres y Apellidos	EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR	Identificación CC	Nro 79830250
Fecha de Nacimiento	1976-05-29	Edad	46
Sexo	M		
Empresa	CLIENTE OCASIONAL		
Cargo	CONTRATISTA		
Fecha Ingreso	2023-02-15 08:05:37	Fecha Salida	2023-02-15 08:09:12

**EXAMENES**

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

**CONCEPTO DE APTITUD**

CONCEPTO DE APTITUD

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**RECOMENDACIONES**

OTRAS:

NO PRESENTA

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

OTROS

NO PRESENTA

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

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

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

  
Dra. Laura Elizabeth Pulido Meneses  
Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo  
Resolución 29530-2022  
RM 1098745202

LAURA ELIZABETH PULIDO MENESES

RM: 1098745202

Firma y sello del médico



EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR

CC 79830250

Firma del trabajador

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR	No. Documento	79830250
Identificación	CC	Edad	46 años 8 meses 17 días
Fecha de Nacimiento	1976-05-29	Empresa	CLIENTE OCASIONAL
Sexo	M	Sede	CENDIATRA CAJICA
Fecha toma	2023-02-15 07:35:00		

## EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] +

TITULO	RESULTADO
RESULTADO	NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS MICOTICAS EN LA MUESTRA EXAMINADA

ANALISIS

## FROTIS FARINGEO

TITULO	RESULTADO
	GRAM

TITULO	RESULTADO
COCOS GRAM-POSITIVOS	NEGATIVO
COCOS GRAM-NEGATIVOS	NEGATIVO
BACIOS GRAM-NEGATIVOS	NEGATIVO
BACIOS GRAM-POSITIVOS	+
REACCION POLIMORFONUCLEAR	ESCASA

ADJUNTO  
ADJUNTO

TITULO	RESULTADO
--------	-----------

## COPROLOGICO

## EXAMEN\_MACROSCOPICO

TITULO	RESULTADO
CONSISTENCIA	BLANDA
COLOR	CAFE
MOCO	NEGATIVO
SANGRE	NEGATIVO

## EXAMEN\_MICROSCOPICO

TITULO	RESULTADO
ALMIDONES	NEGATIVO
CRISTALES DE CHARCOT LEYDEN	NEGATIVO
FIBRAS MUSCULARES	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	NORMAL
GRASAS NEUTRAS	NEGATIVO
HEMATIES	NEGATIVO
LEUCOCITOS	NEGATIVO
LEVADURAS	NEGATIVO
RESTOS VEGETALES	NEGATIVO

## PARASITOS

TITULO	RESULTADO
PARASITOS	NEGATIVO PARA PARASITOS INTESITINALES EN LA MUESTRA EXAMINADA

## ADJUNTO

TITULO	RESULTADO
TITULO	RESULTADO



Tatiana Paola Molina O.  
CC. 1013586268  
Bacterióloga - UCMC

TATIANA PAOLA MOLINA QUINTERO  
1013586268  
Firma y sello del médico evaluador

## PROGRAMA Y CRONOGRAMA CAPACITACION BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA ASACO S.A.S

Capacitación buena prácticas de manufactura, educación sanitaria y hábitos higiénicos en la manipulación de alimentos en áreas de preparación de alimentos, alimentos empacados, alimentos procesados. (duración 10 horas)

Nombre de la empresa o persona natural: Edwin Geovanny Rojas Pastor.

Dirección: \_\_\_\_\_

Nº de personas: 01

Metodología: videos referentes a las temáticas, presentaciones del tema en diapositivas, charlas, formulación de preguntas, formulación y solución de casos hipotéticos, evaluación, cartillas.

Fecha inicio capacitación: 13 de febrero del 2023

Programa Temáticas Capacitación BPM				Cantidad Horas:
<b>Legislación</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Ley 9 de 1979 (código sanitario), título V de alimentos.</li><li>Decreto 60 de 2002 promueve aplicación del sistema de análisis de peligros y puntos de control crítico</li><li>NTC 521-1 rotulación en industrias alimentarias.</li><li>Decreto 977 de 1998 calidad de los productos con miras a defender el interés de los consumidores y de los productores de materias primas</li><li>Decreto 1843 de 1991 del objeto del control y vigilancia epidemiológica.</li><li>Decreto 475 de 1998 agua potable para consumo humano</li><li>Decreto 1601 de 1984 referente en cuanto a Sanidad Portuaria y Vigilancia Epidemiológica en naves y vehículos terrestres</li><li>Decreto 1686 de 2012 referente manipuladores de bebidas alcohólicas.</li><li>Resolución 604 de 1993 artículo 9 referente manipuladores de alimentos en vía pública.</li><li>Decreto 4444 de 2005, Ministerio de la Protección Social, reglamenta el permiso sanitario para productos de pequeños empresarios.</li><li>Resolución 2674 de 2013, Ministerio de Salud y Protección Social, reglamenta los requisitos sanitarios que deben cumplir las personas naturales y/o jurídicas que ejercen actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte, distribución y comercialización de alimentos y materias primas de alimentos y los requisitos para la notificación, permiso o registro sanitario de los alimentos, según el riesgo de la salud pública, con el fin de proteger la vida y la salud de las personas.</li></ul>	capacitación 1			2 Horas
	Fecha			
	d	m	a	
	13	02	23	
<b>Alimentos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Definición</li><li>Conceptos generales</li><li>Características Nutricionales (Nutriente – clasificación)</li><li>Características Organolépticas</li><li>Clasificación</li><li>Vida útil (Perecederos – No perecederos)</li><li>Función (Energéticos, Reguladores, Formadores)</li><li>Transformación (Naturales, Procesados)</li></ul>	Capacitación 2			2 Horas
	Fecha			
	d	m	a	
	13	02	23	
<b>Personal Manipulador</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Estado de salud</li></ul>	Capacitación 2			1 Hora
	Fecha			

Somos profesionales en el área de salud pública y medio ambiente. Contamos con servicios y asesorías de ingeniería sanitaria y ambiental, obras civiles, consultoría y estudios, control de plagas, venta y comercialización de insumos, educación, salud ocupacional, seguridad industrial, tratamiento de residuos líquidos y sólidos, conservación de suelos y cuencas, saneamiento urbano y rural.

Sede Chía: C.C. Diana local 203, Carrera 12 N° 8 – 46, Teléfono: 86 35 002, Móvil: 310 558 3918– 311 546 7142

Página Web: [www.asacoltda.com](http://www.asacoltda.com), e-mail: [asacoltda@hotmail.com](mailto:asacoltda@hotmail.com), Bogotá, D.C. – Colombia – Suramérica



- Capacitación
- Definición
- Dotación (Implementos)
- Normas que deben cumplir los manipuladores
- Cuidados que deben tener los manipuladores

#### Contaminación

- Definición
- Tipos de contaminación
- Contaminación Física
- Contaminación Biológica
- Contaminación Microbiológica
- Contaminación Cruzada
- Contaminación Química
- Microbiología
- Concepto

Capacitación 3

Fecha

d m a  
14 02 23

2 Horas

- Clasificación
- Necesidades de los microorganismos
- Microorganismos que causan daños en los alimentos
- Microorganismos patógenos
- Intoxicaciones alimentarias

#### Almacenamiento y transporte

- Concepto
- Normas
- Clasificación
- Herramientas

Capacitación 4

Fecha

d m a  
14 02 23

1 Hora

#### Plan de saneamiento

##### Programa de limpieza y desinfección

- Limpieza (Definición, Conceptos, elementos detergentes)
- Desinfección (Definición conceptos, clases, formas)
- Diferencias, importancia.

##### Programa de control de plagas

- Plaga (Definición)
- Clases de plagas
- Formas para evitar la llegada de plaga
- Manejo de plagas
- Cuadro de control y frecuencia
- Cuidados

##### Programa de control de residuos


- Definición
- Clasificación
- Manejo
- Cuidados y precauciones

Capacitación 5

Fecha

d m a  
14 02 23

2 Horas

  
Firma Capacitador

Somos profesionales en el área de salud pública y medio ambiente. Contamos con servicios y asesorías de ingeniería sanitaria y ambiental, obras civiles, consultoría y estudios, control de plagas, venta y comercialización de insumos, educación, salud ocupacional, seguridad industrial, tratamiento de residuos líquidos y sólidos, conservación de suelos y cuencas, saneamiento urbano y rural.

Sede Chía: C.C. Diana local 203, Carrera 12 N° 8 – 46, Teléfono: 86 35 002, Móvil: 310 558 3918– 311 546 7142

Página Web: [www.asacolda.com](http://www.asacolda.com), e-mail: [asacolda@hotmail.com](mailto:asacolda@hotmail.com), Bogotá, D.C. – Colombia – Suramérica



ASESORIAS Y SERVICIOS SANITARIOS  
Y AMBIENTALES DE COLOMBIA

Nit: 830.139.799-5

RESOLUCIÓN 2674 / 2013

## CERTIFICADO PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN BPM

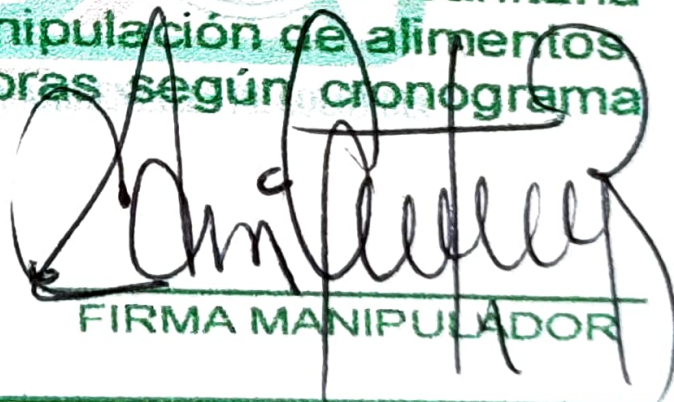
14 02 2024

F. VENCIMIENTO

El señor(a) Edwin Geovanny Rojas Pastor  
identificado con C.C. 79.830.250

Se expide para certificación por la asistencia al  
programa de capacitación en educación sanitaria  
y hábitos higiénicos en la manipulación de alimentos  
Con una intensidad de 10 horas según cronograma  
establecido.

  
FIRMA CAPACITADOR

  
FIRMA MANIPULADOR

**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL  
(EXAMEN PSICOMETRICO)**

FECHA: 16/09/2022  
EMPRESA: PARTICULAR/CAJICÁ  
NOMBRE: EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR  
CÉDULA: 79830250  
EDAD: 46 Años CARGO: CONTRATISTA

**CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD**

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas. Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

**OBSERVACIONES**

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental. Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

*NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.*



Ps. Paula A. Torres  
Especialista gerencia SST  
Res 11175

**Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:**

[prefixo3Vojx](#)



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



**Nombres y Apellidos**  
**Identificación**  
**Fecha de Nacimiento**  
**Genero**  
**Estado civil**  
**Estrato**  
**Dirección**  
**Acompañante**  
**Empresa**  
**Ciudad - Sede**

EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR  
CC  
1976-05-29  
M  
Casado  
2  
CHIA  
CLIENTE OCASIONAL  
Cajicá

**Nro**  
**Edad**  
**RH**  
**Escolaridad**  
**Ciudad**  
**Telefono**  
**Tel\_Acompañante**  
**Cargo**  
**Sede**

79830250  
46  
A +  
Postgrado  
Bogotá, D.C.  
3004604527  
CONTRATISTA  
CENDIATRA CAJICA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

<b>DIVISION</b>		
<b>OCUPACION</b>		
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE</b>		
<b>TELEFONO DE RESPONSABLE</b>		
<b>PARENTESCO</b>		
<b>TIPO VINCULACION</b>		
<b>DATOS EMPRESA</b>		
<b>RAZON SOCIAL</b>		
<b>ACTIVIDAD ECONOMICA</b>		
<b>CARGO</b>		
<b>ACTIVIDADES EXTRALABORALES</b>		
<b>COSTURA</b>	NO	
<b>USO DE VIDEOJUEGOS</b>	NO	
<b>USO DE INSTRUMENTOS</b>	NO	
<b>PRACTICAR DEPORTE</b>	SI	
	Observaciones:	
	GIMNASIO 2 VECES A LA SEMANA	
<b>ACTIVIDADES HOGAR</b>	NO	
<b>ACTIVIDADES MANUALES</b>	NO	
<b>ANTECEDENTES A NIVEL OSTEOMUSCULAR</b>		
<b>ESPECIFICOS</b>		
<b>ARTRITIS REUMATOIDEA</b>	NO	
<b>OSTEOARTRITIS</b>	NO	
<b>AMPUTACIONES</b>	NO	
<b>ENF MUSCULARES</b>	NO	
<b>ARTRALGIAS ARTRITIS</b>	NO	
<b>LIMITACION FUNCIONAL</b>	NO	
<b>SD TUNEL CARPO</b>	NO	
<b>ENF DE LA COLUMNA</b>	NO	
<b>CERVICALGIA</b>	NO	
<b>LUMBALGIA</b>	NO	
<b>MIALGIAS</b>	NO	
<b>TENDINITIS</b>	NO	
<b>RADICULOPATIAS</b>	NO	
<b>TENDINITIS BURSITIS</b>	NO	
<b>ESGUINCES</b>	NO	
<b>FRACTURAS</b>	NO	
<b>DORSALGIA</b>	NO	
<b>PARESTESIAS DISESTESIAS</b>	NO	
<b>DESCRIPCION</b>		
<b>EXAMEN FISICO</b>		
<b>COLUMNA INSPECCION</b>		
<b>POSTURA</b>	NORMAL	
<b>ALINEACION</b>	NORMAL	
<b>SIMETRIA</b>	NORMAL	
<b>ESCOLIOSIS</b>	NORMAL	
<b>COLUMNA MARCHA PUNTA TALONES</b>		
<b>OBSERVACIONES</b>		
<b>EXTREMIDADES</b>		

## HISTORIA CLINICA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha Atención : 2022-09-16

Fecha impresión :  
2022-09-16

HOMBRO	NORMAL
BRAZO	NORMAL
CODO	NORMAL
ANTEBRAZO	NORMAL
MANO	NORMAL
DEDOS	NORMAL
CADERAS	NORMAL
RODILLAS	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL
CUELLO DE PIE	NORMAL
PIE	NORMAL
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	NORMAL
FUERZA	NORMAL
OBSERVACIONES	
<b>PRUEBAS ESPECIFICAS</b>	
<b>PRUEBA DERECHA</b>	
DOMINANCIA	DERECHA
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	NEGATIVO
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO
<b>PRUEBA IZQUIERDA</b>	
PHALEN	NEGATIVO
TINNEL	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
LASEGUE	NEGATIVO
HAWKINS	NEGATIVO
JOBS	NEGATIVO
MILLS	NEGATIVO
COZEN	NEGATIVO
<b>DIAGNOSTICOS</b>	
DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	
<b>HISTORIA MANUAL</b>	
FORMATO MANUAL	NO

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

### Consentimiento Informado del Trabajador:

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



Dra Diana Patricia Bueno A.  
Md Especialista SST  
RM. 251111/09 LSO 251232/21

DIANA PATRICIA BUENO AREVALO  
RM: 35199362  
Firma y sello del médico evaluador



EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR  
Documento: CC 79830250  
Firma del trabajador

<b>SEDE</b>	CENDIATRA CAJICA	<b>DIRECCIÓN</b>	Carrera 5 # 9 - 26 Complejo Medico
<b>TELÉFONO</b>	879 3655 - 879 3664	<b>EMAIL</b>	Sabana Park citas.cajica@cendiatra.com
<b>FECHA DE EXAMEN</b>	2022-09-16	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PREINGRESO



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

<b>Nombres y Apellidos</b>	EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR	<b>Identificación CC</b>	Nro 79830250
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1976-05-29	<b>Edad</b>	46
<b>Sexo</b>	M		
<b>Empresa</b>	CLIENTE OCASIONAL		
<b>Cargo</b>	CONTRATISTA		
<b>Fecha Ingreso</b>	2022-09-16 07:39:26	<b>Fecha Salida</b>	2022-09-16 07:55:03

## DATOS EMPRESA

## ANTECEDENTES PERSONALES

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

## MOTIVO DE CONSULTA

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

## AGUDEZA VISUAL

<b>VISION LEJANA</b>	
SIN CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO	20/20
<b>VISION PROXIMA</b>	
SIN CORRECCION OD	0.50 cm
SIN CORRECCION OI	0.50 cm
SIN CORRECCION AO	0.50 cm
<b>ESTENOPEICO</b>	

## EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

**COVER TEST**

LEJOS	ORTHO
CERCA	NORMAL

**QUERATOMETRIA****OFTALMOSCOPIA****REFRACCION****OJO DERECHO**

ESTATICA	N
DINAMICA	N

**OJO IZQUIERDO**

ESTATICA	N
DINAMICA	N
CICLOPLEJIA	N

**TEST ADICIONALES**

TEST ADICIONALES	N
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	

**DIAGNOSTICO**

DIAGNOSTICO 1	Z010: Examen de ojos y de la visión
OBSERVACIONES	CONTROL VISUAL ANUAL USO DE FÓRMULA DE PROTECCIÓN

**RECOMENDACIONES**

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

**FORMULA OPTOMETRIA**

GENERAR FORMULA	NO
-----------------	----

**HISTORIA MANUAL**

FORMATO MANUAL	NO
----------------	----

**FORMULA OPTOMETRIA**

OD  
OI  
ADICION

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

**Consentimiento Informado del Trabajador:**

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las



personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



ANDRES FELIPE MORENO CASTILLO

RM: 1019072669



EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR

CC 79830250

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



**Nombres y Apellidos**  
**Identificación**  
**Fecha de Nacimiento**  
**Genero**  
**Estado civil**  
**Estrato**  
**Dirección**  
**Acompañante**  
**Empresa**  
**Ciudad - Sede**

EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR  
CC  
1976-05-29  
M  
Casado  
2  
CHIA  
CLIENTE OCASIONAL  
Cajicá

**Nro**  
**Edad**  
**RH**  
**Escolaridad**  
**Ciudad**  
**Telefono**  
**Tel\_Acompañante**  
**Cargo**  
**Sede**

79830250  
46  
A +  
Postgrado  
Bogotá, D.C.  
3004604527  
CONTRATISTA  
CENDIATRA CAJICA

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

### DATOS EMPRESA

**RAZON SOCIAL**  
**ACTIVIDAD ECONOMICA**  
**CARGO**

### ENFERMEDAD ACTUAL

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMATICO. PACIENTE CON EXAMEN FISICO SIN ALTERACION EVIDENTE AL MOMENTO DE LA VALORACION MEDICA OCUPACIONAL.

### ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

**ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES**

ARRITIMIA

### CUESTIONARIO

**TEXT01**

**TEXT02**

**1. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DOLOR, INCOMODIDAD O PESADEZ EN SU PECHO?**

SI

**TEXT03**

**2. SIENDE DOLOR EN LA PARTE CENTRAL DEL PECHO O EN EL BRAZO IZQUIERDO?**

NO APLICA

**3. SIENDE ESE DOLOR CUANDO CAMINA EN EL PLANO O CUANDO LO HACE CUESTA ARRIBA O VA MUY RAPIDO?**

NO APLICA

**4. SE SIENDE EL DOLOR MIENTRAS CAMINA, DISMINUYE EL RITMO?**  
**5. DESAPARECE EL DOLOR SI DEJA DE CAMINAR O SI SE PONE UNA PASTILLA DE MEDICAMENTO DEBAJO DE LA LENGUA?**

NO APLICA

NO APLICA

**6. DESAPARECE EL DOLOR EN MENOS DE 10 MINUTOS?**

NO APLICA

**7. ALGUNA VEZ HA TENIDO UN DOLOR EN EL CENTRO DEL PECHO QUE HAYA DURADO MEDIA HORA O MAS?**

NO APLICA

**TEXT04**

**8. ALGUNA VEZ HA SENTIDO DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS: DIFICULTAD PARA HABLAR, DEBILIDAD EN EL BRAZO O PIERNA DE UN LADO DEL CUERPO O ADORMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO?**

NO

### EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES

**PESO (KG)**

65

**TALLA (CM)**

176

**IMC (M2)**

20.98

**CLASIFICACION**

Peso Normal

**FC (MIN)**

56

**TA (MMHG)**

106/75

### RECOMENDACIONES

**RECOMENDACIONES**

SE DAN RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR MÍNIMO 1 HORA 3 VECES A LA SEMANA. ADECUADA HIGIENE POSTURAL. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL.

### OBSERVACIONES

**OBSERVACIONES**

NO

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

**Consentimiento Informado del Trabajador:**

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

  
Dra Diana Patricia Bueno A.  
Md Especialista SST  
RM. 251111/09 LSO 251232/21

DIANA PATRICIA BUENO AREVALO  
RM: 35199362  
Firma y sello del médico evaluador



EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR  
Documento: CC 79830250  
Firma del trabajador

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR	No. Documento	79830250
Identificación	CC	Edad	46 años 8 meses 19 días
Fecha de Nacimiento	1976-05-29	Empresa	CLIENTE OCASIONAL
Sexo	M	Sede	CENDIATRA CAJICA
Fecha toma	2023-02-17 08:00:00		

## HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	5.41	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	16.9	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	53.1	%	36.0-52.0%
VCM	98.1	fl	76-96fl
HCM	31.2	pg	27.0-32.0pg
CHCM	31.8	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	11.5	%	<15.0%
LEUCOCITOS	7.4	mm3	5.000-10.000mm3
RECUENTO_DIFERENCIAL			
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	56.5	%	50-70%
LINFOCITOS	36.2	%	25-40%
MIXTAS	7.3	%	3-7%
RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3			
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	4.2	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	2.7	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	0.5	mm3	150-750mm3
RECUENTO_PLAQUETARIO			
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	247	mm3	150.000-400.000mm3
ADJUNTO ADJUNTO			
TITULO	RESULTADO		
UROANALISIS			
TITULO	RESULTADO		
EXAMEN_FISICO			
TITULO	RESULTADO		
COLOR	AMARILLO		
OLOR	SG		
ASPECTO	NEGATIVO		
EXAMEN_MICROSCOPICO			
TITULO	RESULTADO		
LEUCOCITOS	0-2 XC		
HEMATIES	0-2 XC		
BACTERIAS	0-2 XC		
CELULAS EPITELIALES	0-2 XC		
CRISTALES	NO SE OBSERVA		
MOCO	NO SE OBSERVA		
EXAMEN_QUIMICO			
TITULO	RESULTADO		
NITRITOS	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NORMAL		
PROTEINAS	NEGATIVO		
DENSIDAD	1030		
PH	6.0		
SANGRE	NEGATIVO		
CETONAS	NEGATIVO		
BILIRRUBINAS	NEGATIVO		
GLUCOSA	NEGATIVO		



## UROANALISIS

LEUCOCITOS	NEGATIVO
IMAGEN	
TITULO	RESULTADO
RESULTADO	
TITULO	RESULTADO
RESULTADO	

*Tatiana Paola Molina Q.*

**Tatiana Paola Molina O.**  
CC. 1013586268  
Bacterióloga - UCMC

TATIANA PAOLA MOLINA QUINTERO  
1013586268  
Firma y sello del médico evaluador

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR	No. Documento	79830250
Identificación	CC	Edad	46 años 8 meses 19 días
Fecha de Nacimiento	1976-05-29	Empresa	CLIENTE OCASIONAL
Sexo	M	Sede	CENDIATRA CAJICA
Fecha toma	2022-09-16 07:30:00		

## GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	93	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

## COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	214	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

## TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	62	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

## COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	52	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

## COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	149.6	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl



**Tatiana Paola Molina O.**  
CC. 1013586268  
Bacterióloga - UCMC

TATIANA PAOLA MOLINA QUINTERO  
1013586268  
Firma y sello del médico evaluador

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES

SEDES

SERVICIOS

CAPACIDAD

MEDIDAS DE SEGURIDAD

SANCIONES

NIT/CC

800180176

-

0

Naturaleza Jurídica

Privada

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador

2512603774

-

01

Clase de Prestador

Instituciones Pres

Empresa Social del Estado

Nivel Atención Prestador

Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento

Cundinamarca

Municipio

CAJICÁ

Código de la Sede

2512603774

-

01

Nombre de la Sede

CENDIATRA CAJICA

SERVICIO

Grupo

Consulta Externa

Número Distintivo de Habilitación del Servicio

DHSS0163127

Servicio

407-MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL

Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
06:30A15:00	06:30A15:00	06:30A15:00	06:30A15:00	06:30A15:00	06:30A12:00	

Intramural

Intramural

SI

Extramural

Unidad móvil	Domiciliario	Jornada de salud	Extramural
NO	NO	SI	

Modalidades

Telemedicina

Telemedicina Prestador de Referencia

Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva	Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO	NO	NO

Telemedicina Prestador de Remisor

Tele experticia	Tele monitoreo
NO	NO

Especificidades

Complejidad

MEDIANA

Fecha apertura del servicio

20201118

AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: **jueves 30 de enero de 2025 (4:48 p.m.)**

(181) registros encontrados.

1	2	3	4			
Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bolívar	CARTAGENA	1300102615	01	CENDIATRA CARTAGENA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
Bolívar	CARTAGENA	1300102615	01	CENDIATRA CARTAGENA	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	
Caldas	MANIZALES	1700103181	01	CENDIATRA MANIZALES	344 -PSICOLOGÍA	
Caldas	MANIZALES	1700103181	01	CENDIATRA MANIZALES	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	
Caldas	MANIZALES	1700103181	01	CENDIATRA MANIZALES	423 -SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
Caldas	MANIZALES	1700103181	01	CENDIATRA MANIZALES	706 -LABORATORIO CLÍNICO	
Caldas	MANIZALES	1700103181	01	CENDIATRA MANIZALES	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
Caldas	MANIZALES	1700103181	01	CENDIATRA MANIZALES	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	
Córdoba	MONTERÍA	2300102252	01	CENDIATRA MONTERIA	344 -PSICOLOGÍA	
Córdoba	MONTERÍA	2300102252	01	CENDIATRA MONTERIA	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	
Córdoba	MONTERÍA	2300102252	01	CENDIATRA MONTERIA	423 -SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
Córdoba	MONTERÍA	2300102252	01	CENDIATRA MONTERIA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	

https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/serviciossedes\_reps.aspx

1/2

Córdoba	MONTERÍA	2300102252	01	CENDIATRA MONTERIA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
Córdoba	MONTERÍA	2300102252	01	CENDIATRA MONTERIA	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	
Cundinamarca	CAJICÁ	2512603774	01	CENDIATRA CAJICA	337 -OPTOMETRÍA	
Cundinamarca	CAJICÁ	2512603774	01	CENDIATRA CAJICA	344 -PSICOLOGÍA	
Cundinamarca	CAJICÁ	2512603774	01	CENDIATRA CAJICA	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	
Cundinamarca	CAJICÁ	2512603774	01	CENDIATRA CAJICA	423 -SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
Cundinamarca	CAJICÁ	2512603774	01	CENDIATRA CAJICA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	
Cundinamarca	CAJICÁ	2512603774	01	CENDIATRA CAJICA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
Cundinamarca	CAJICÁ	2512603774	01	CENDIATRA CAJICA	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	
Magdalena	SANTA MARTA	4700101542	01	CENDIATRA SANTAMARTA	331 -NEUMOLOGÍA	
Magdalena	SANTA MARTA	4700101542	01	CENDIATRA SANTAMARTA	337 -OPTOMETRÍA	
Magdalena	SANTA MARTA	4700101542	01	CENDIATRA SANTAMARTA	344 -PSICOLOGÍA	
Magdalena	SANTA MARTA	4700101542	01	CENDIATRA SANTAMARTA	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	
Magdalena	SANTA MARTA	4700101542	01	CENDIATRA SANTAMARTA	423 -SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
Magdalena	SANTA MARTA	4700101542	01	CENDIATRA SANTAMARTA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	
Magdalena	SANTA MARTA	4700101542	01	CENDIATRA SANTAMARTA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
Magdalena	SANTA MARTA	4700101542	01	CENDIATRA SANTAMARTA	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	
Magdalena	SANTA MARTA	4700101542	01	CENDIATRA SANTAMARTA	742 -DIAGNÓSTICO VASCULAR	
Meta	VILLAVICENCIO	5000101750	01	CENDIATRA VILLAVICENCIO	337 -OPTOMETRÍA	
Meta	VILLAVICENCIO	5000101750	01	CENDIATRA VILLAVICENCIO	344 -PSICOLOGÍA	
Meta	VILLAVICENCIO	5000101750	01	CENDIATRA VILLAVICENCIO	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	
Meta	VILLAVICENCIO	5000101750	01	CENDIATRA VILLAVICENCIO	423 -SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
Meta	VILLAVICENCIO	5000101750	01	CENDIATRA VILLAVICENCIO	706 -LABORATORIO CLÍNICO	
Meta	VILLAVICENCIO	5000101750	01	CENDIATRA VILLAVICENCIO	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
Meta	VILLAVICENCIO	5000101750	01	CENDIATRA VILLAVICENCIO	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	
Risaralda	PEREIRA	6600102938	01	CENDIATRA PEREIRA	344 -PSICOLOGÍA	
Risaralda	PEREIRA	6600102938	01	CENDIATRA PEREIRA	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	
Risaralda	PEREIRA	6600102938	01	CENDIATRA PEREIRA	423 -SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
Risaralda	PEREIRA	6600102938	01	CENDIATRA PEREIRA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	
Risaralda	PEREIRA	6600102938	01	CENDIATRA PEREIRA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
Santander	BUCARAMANGA	6800170198	01	Cendiatra Bucaramanga	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	
Santander	BUCARAMANGA	6800170198	01	Cendiatra Bucaramanga	423 -SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
Santander	BUCARAMANGA	6800170198	01	Cendiatra Bucaramanga	706 -LABORATORIO CLÍNICO	
Santander	BUCARAMANGA	6800170198	01	Cendiatra Bucaramanga	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
Santander	BUCARAMANGA	6800170198	01	Cendiatra Bucaramanga	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	
Santander	BUCARAMANGA	6800170198	01	Cendiatra Bucaramanga	742 -DIAGNÓSTICO VASCULAR	
Tolima	IBAGUÉ	7300103102	01	CENDIATRA IBAGUE	337 -OPTOMETRÍA	
Tolima	IBAGUÉ	7300103102	01	CENDIATRA IBAGUE	344 -PSICOLOGÍA	
1 2 3 4						

