



INFORME DE ACTIVIDADES

01 AL 30 DE JUNIO DE 2025

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN, POR SU CUENTA Y RIESGO, SIN VÍNCULO LABORAL, EN LA OPERACIÓN LOGÍSTICA Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PLASMADAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN, BIENESTAR LABORAL, ESTÍMULOS E INCENTIVOS, CONFORME AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA PERSONERÍA DE ITAGÜÍ.

APOYO LOGÍSTICO: EXAMEN MÉDICO DE RETIRO



09 de junio de 2025



Segumedic Cl. 45 #48-51, Villa Paula, Itagüí

Descripción

Apoyo logístico para atender examen ocupacional por retiro de empleado.

POBLACIÓN IMPACTADA:

1 personas

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



NIT. 900.902.524 - 3
Carrera 49 # 45-39 Itagüí - Antioquia
Cel. 305 309 8044 - Tel. 6129734 - 6129737
E-mail. espseguridadysalud@gmail.com
www.segumedic.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19.880

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	06 MES	2025 AÑO	ITAGUI (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL EGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
HUELLAS DEL FUTURO				HUELLAS DEL FUTURO			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MORENO LEMOS ESTHER MARIA				Genero	Edad	Documento de identificación	
				FEMENINO	49 AÑOS 4 MESES 17 DÍAS	CC	39277356
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo PROFESIONAL UNIVERSITARIO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES 1.00				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				AUDIOMETRIA			
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				VISIONOMETRIA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO					HABITOS SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE.					CONTROL DE PESO		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: ARRIETA MESTRA LILIANA PAOLA R. M.: CC1067283780 L.S.O.: 2021060008548				 Firma: _____ Nombre: MORENO LEMOS ESTHER MARIA CC: 39277356			
Código de Seguridad J1240P1V19880							

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Solicitud examen médico ocupacional de egreso. Fecha: 09 de junio de 2025	CONTRATO: PSAL-02-2025		
REQUERIMIENTO	CANTIDAD	VALOR UNI	VALOR TOTAL
Examen ocupacional de egreso Esther María Moreno	1	\$ 100.000	\$ 100.000
Logístico	1	\$ 80.000	\$ 80.000
SUBTOTAL			\$ 180.000
COSTOS INDIRECTO: Deducciones de ley y manejo administrativo de la actividad			\$ 45.000
subtotal			\$ 225.000
IVA			\$ 42.750
TOTAL			\$ 267.750

APOYO LOGÍSTICO: EXAMEN MÉDICO POST - INCAPACIDAD



18 de junio de 2025



Segumedic Cl. 45 #48-51, Villa Paula, Itagüí

Descripción

Apoyo logístico para atender examen ocupacional post - incapacidad.

POBLACIÓN IMPACTADA:

1 personas

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



NIT. 900.902.524 - 3
Carrera 49 # 45-39 Itagüí - Antioquia
Cel. 305 309 8044 - Tel. 6129734 - 6129737
E-mail. espseguridadysalud@gmail.com
www.segumedic.com



N° 20.035

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18	06	2025	ITAGUI (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDIC POST - INCAPACIDAD			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
HUELLAS DEL FUTURO				HUELLAS DEL FUTURO			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
FERNANDEZ ARAQUE DANIELA				Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	28 AÑOS 1 MESES 29 DÍAS	CC	1040754725
Cargo				Tipo			
PERSONERA DELEGADA				Número			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES 1.00				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
OCUPACIONALES: ADULTA EN BUEN ESTADO GENERAL, ASINTOMÁTICA, SE REALIZÓ UN EXAMEN OCUPACIONAL DESCARTANDO PATOLOGÍAS O SEQUELAS DE ESTAS QUE PUDIERAN CONSTITUIR UN RIESGO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO HABITUAL, POR LO TANTO SE CONSIDERA ADECUADA SU CONDICIÓN DE SALUD PARA EL DESEMPEÑO DE LAS DISTINTAS TAREAS DE SU OCUPACIÓN. SE RECOMIENDA PROMOVER ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLES, CAPACITAR EN RIESGOS INHERENTES AL CARGO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL NECESARIOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN Y CAPACITACIÓN EN SU USO Y MANTENIMIENTO, INFORMACIÓN Y FORMACIÓN AL TRABAJADOR SOBRE RIESGOS Y SUS MEDIDAS PREVENTIVAS, CONTROL ANUAL POR SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: MEDICO SST Nombre: ARRIETA MESTRA LILIANA PAOLA				 Firma: Nombre: FERNANDEZ ARAQUE DANIELA			
R. M.: CC1087283780		L. S. O.: 2021080008548		Código de Seguridad		CC: 1040754725	
				S1240Y1E20035			

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Solicitud examen médico ocupacional post incapacidad. Fecha: 09 de junio de 2025	CONTRATO: PSAL-02-2025		
Examen médico post incapacidad Daniela Fernández Araque	1	\$ 180.000	\$ 180.000
Logístico	1	\$ 80.000	\$ 80.000
SUBTOTAL			\$ 260.000
COSTOS INDIRECTO: Deducciones de ley y manejo administrativo de la actividad			\$ 65.000
subtotal			\$ 325.000
IVA			\$ 61.750
TOTAL			\$ 386.750

APOYO LOGÍSTICO: CELEBRACIÓN DÍA DEL PADRE



13 de junio de 2025



Personería de Itagüí

Descripción

Se acompañó a la celebración del Día del Padre en la Personería de Itagüí, donde se dispuso de los insumos de desayunos, decoración, distinciones y torta.

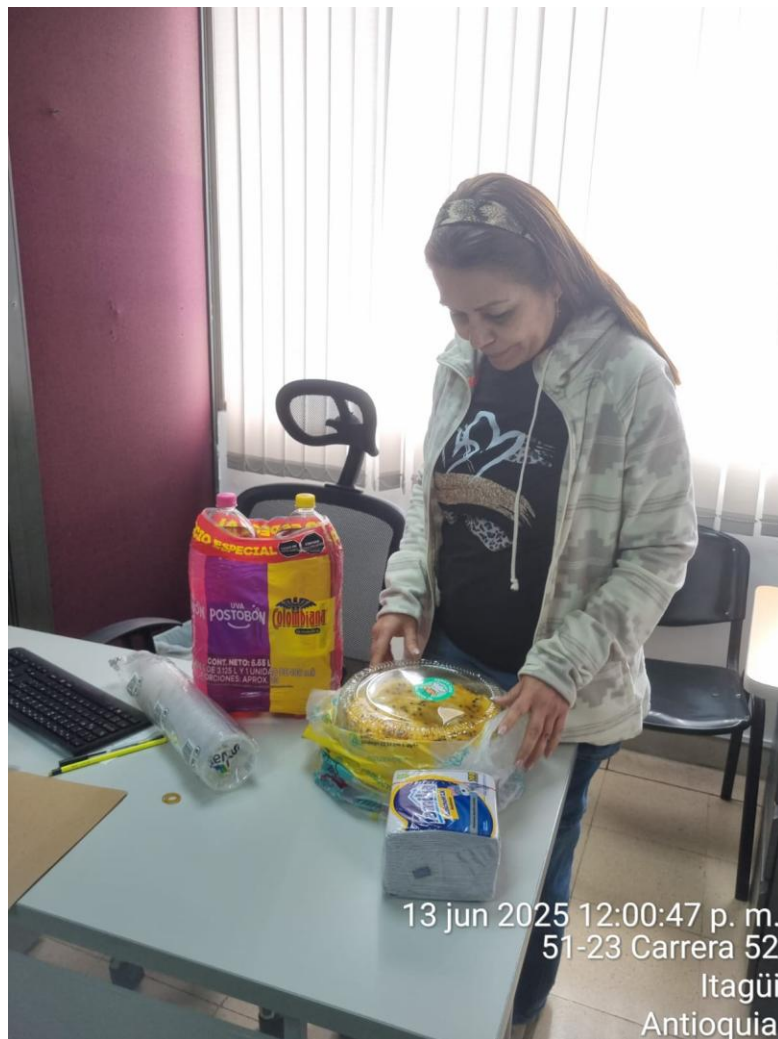
POBLACIÓN IMPACTADA:

19 personas

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



13 de junio de 2025
Personería de Itagüí
Itagüí
Antioquia

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Solicitud: Celebración Día del Padre. Fecha: 13 de junio de 2025	CONTRATO: PSAL-02-2025		
REQUERIMIENTO	CANTIDAD	VALOR UNI	VALOR TOTAL
Distinciones	6	\$ 100.000	\$ 600.000
Cajas de empaque	6	\$ 10.000	\$ 60.000
Decoración Día del Padre	1	\$ 50.000	\$ 50.000
Desayunos	10	\$ 30.000	\$ 300.000
Torta con servilletas, 2 megas y vasos	1	\$ 150.000	\$ 150.000
Logístico	1	\$ 80.000	\$ 80.000
SUBTOTAL			\$ 1.240.000
COSTOS INDIRECTO: Deducciones de ley y manejo administrativo de la actividad			\$ 310.000
subtotal			\$ 1.550.000
IVA			\$ 294.500
TOTAL			\$ 1.844.500

APOYO LOGÍSTICO: DÍA DEL SERVIDOR PÚBLICO EN LA PERSO



27 de junio de 2025



La Bendición del
Congo

Descripción

Se acompañó a la Personería de Itagüí en la celebración del Día del Servidor Público, a través de los insumos y mano de obra para el almuerzo en el establecimiento La Bendición del Congo, ubicada en el corregimiento del municipio.

POBLACIÓN IMPACTADA:

19 personas

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Solicitud: Día del Servidor Público en la Perso Fecha: 27 de junio de 2025	CONTRATO: PSAL-02-2025		
REQUERIMIENTO	CANTIDAD	VALOR UNI	VALOR TOTAL
Almuerzo	1	\$ 2.600.000	\$ 2.600.000
Distinciones	19	\$ 500.000	\$ 9.500.000
Cajas de empaque	19	\$ 10.000	\$ 190.000
Logistico	1	\$ 80.000	\$ 80.000
SUBTOTAL			\$ 12.370.000
COSTOS INDIRECTO: Deducciones de ley y manejo administrativo de la actividad			\$ 3.092.500
subtotal			\$ 15.462.500
IVA			\$ 2.937.875
TOTAL			\$ 18.400.375



COLHUELLAS

CORPORACIÓN HUELLAS DEL FUTURO DE COLOMBIA