Certificado Médico de Aptitud Laboral

Laboral Medical Alternativa IPS

Certificado de Aptitud No. 40443



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha:	2024-02-28	Ciudad:	BOGOTA	Tipo de Examen:	Periódico HC-Osteomuscular
Nombre:	MARIA FERNANDA MELO GONZALEZ			Identificación:	1033680545
Genero:	F	Edad:	37 años	Escolaridad:	Profesional Completo
Dirección:	CONJUNTO ZANGUAN DE JUAN DIAZ			Teléfono:	3123382894
Eps:	Compensar	ARL:	SURA	Pensiones:	PORVENIR
Empresa:	FUNDACION EL LUGAR ATENCION INTEGRAL PA			Cargo:	GESTORA DE CASO
En Emergencia Avisar a:	ESPERANZA GOZALEZ-MADRE	Teléfono:	3125519147	Dirección:	CONJUNTO ZANGUAN DE JUAN DIAZ

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

Especialidad	Resultados y Recomendaciones
HC-Osteomuscular	SATISFACTORIO
Optometria	USO DE CORRECCION OPTICA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Cumple Con Recomendaciones Para Laborar En El Cargo

Observaciones:

1.SE RECOMIENDA DIETA BALANCEDA Y DEPORTE REGULAR
2.USO DE CORRECCION OPTICA - SE RECOMIENDA REVISION ANUAL POR OPTOMETRIA DE SU EPS

Restricciones	Recomendaciones
	* HABITOS DE VIDA SALUDABLE * DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE * PAUSAS ACTIVAS

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica

SEGUN MATRIZ DE RIESGOS DE SU EMPRESA

Remisiones a Especialistas

NA

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

Declaración del aspirante o trabajador certifica que ha comprendido el propósito, los beneficios, interpretación del examen médico, por lo tanto declaro que los datos aquí registrados son verídicos, no he omitido ningún tipo de información y estoy de acuerdo con el proceso, la realización de esta prueba es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizaran. fui informado por laboral medical alternativa ips de las medidas que se tomarán para la confidencialidad de mis resultados. autorizo a dicha ips para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento.

Firma Del Trabajador
C.C No 1033680545

Médico Especialista en Salud Ocupacional	Registro	Firma Empleado	Cédula
	011485		1033680545

Powered by CamScanner

DRA. MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO – MEDICINA LABORAL
MEDICINA PREVENTIVA, SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
CERTIFICADO MEDICO LABORAL
(RESOLUCION No 25-0220 DE 2021)
LUGAR Y FECHA DEL EXAMEN: DIA 30 **MES** 04 **AÑO** 2025 **CIUDAD:** El Colegio- Cundí



1. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombres y apellidos: Luisa Fernanda Céspedes Pita			
Tipo de documento de identidad: Cedula		**No:** 1.024.469.741	
Género: Femenino	**Edad:** 38	**Rh:** B+	**Celular:** 321 464 1423
Dirección: calle 3#3-14		**Fecha de nacimiento:** 05 junio del 1986	
Nivel educativo: Bachiller		**Cargo a desempeñar:** Auxiliar administrativa	
2. INFORMACION GENERAL			
Actividad económica: Administrativa		**EPS:** Compensar	
Lugar del trabajo: Intramural		**ARL:** Sura	**CLASE DE RIESGO:** I
Empresa: Fundación el lugar, El Colegio Cundinamarca			

3. TIPO DE EXAMEN			
1. Ingreso: X	**2. Periódico:**	**3. Egreso:**	**Retorno al trabajo:**
5. Cambio de labor:	**6. Pericial:**	**7. viaje al exterior:**	**8. Otro:**
EXÁMENES REALIZADOS			
Énfasis: Osteomuscular	Examen Médico Laboral de ingreso		

4. CONCEPTO DE APTITUD

Los Resultados de paraclínicos y valoración del Paciente fueron consignados en una historia clínica Ocupacional que reposa en los archivos de la profesional quien realiza el examen, obteniendo los siguientes resultados.

1. Ingreso: APTO	**2. Recomendaciones o hallazgos:** ninguno
3. Periódico: Normal: - Remisión a la EPS:	**4.Retiro:** Normal: - Remisión a la EPS:

5. APTITUD ESPECIFICA PARA TAREAS

PACIENTE SIN CONDICIONES DE SALUD QUE ALTERAN O DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO, SE CERTIFICA QUE AL MOMENTO DE LA EVALUACIÒN NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS ESPECIFICADOS O COMPATIBLES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA O ALGUNO QUE LE IMPIDA EJERCER SU LABOR.

Documento Único MCPA

6. RECOMENDACIONES

Control periódico ocupacional cada 6 meses.
Control médico general por la EPS, valoración por nutrición.

Uso de elementos de protección personal necesarios para ejecutar su labor contratada, higiene postural y de columna, realizar pausas activas cada 2 horas por 10 minutos, tanto físicas como visuales.
Medidas ergonómicas y de bioseguridad en ambiente laboral, uso de protección UV.
Seguir hábitos de vida saludable (consumir 7 vaso agua al día, proteínas, verduras y frutas, evitar los excesos de azucares y alcohol, no tabaquismo, actividad física 30 minutos al día.)

CONSENTIMIENTO: Declaro que he dado mi consentimiento al médico y que he sido informado (a) de la naturaleza del examen, los beneficios, riesgos y resultados de los exámenes solicitados. Declaro que la información que suministré en este examen es completa y verdadera y autorizo al médico para que, en caso necesario, informe a la empresa sobre mi estado de salud, también fui informado (a) sobre la custodia de mi historia clínica e información personal, así mismo me comprometo a seguir las recomendaciones. En constancia de todo lo anterior ACEPTO.

IMPORTANTE: Para validación de la veracidad y vigencia del siguiente documento, se puede comunicar al siguiente correo electrónico: mcamilapedreros@gmail.com para la validación del mismo.



MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO
MEDICO Y CIRUJANO GENERAL
RM: 1020797346
ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Licencia medico laboral: No 25-0220 DE 2021

Documento CICO ACPA

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.

901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OTROS



Fecha: 06/Feb/2024, **Hora:** 03:24:26 p.m.
Apellido: NASSAR VARGAS **Nombre:** YOTSHUA NATALIA **HC:** # 64671
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1022412540 **Edad:** 28 años
Empresa: Particular **Sexo:** Femenino ♀
Cargo: CONTRATISTA **Nacim:** 29/Nov/1995
Direccion: CRA 2 # 139 SUR **Rh:** A+
Telefono: **Celular:** 3124603084 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Soacha- cundinamarca
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular

Concepto

APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL
USO ADECUADO DE EPP
EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS
Otras: * ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
* CONTINUAR TRATAMIENTO Y CONTROL POR MEDICO TRATANTE EN SU EPS.
* DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS. EJERCICIO CARDIOVASCULAR 45 MINUTOS MÍNIMO 3 VECES POR SEMANAS.
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES.DEJAR HABITO DE FUMAR.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE, A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

JORGE GOMEZ
Médico S.O
Lic. de S.O #: 1217-2014

YOTSHUA NATALIA NASSAR VARGAS
CC 1022412540

Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com

Powered by CamScanner

Certificado Médico de Aptitud Laboral



Certificado de Aptitud No. 16260

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha:	29/08/2024	Ciudad:	EL COLEGIO	Tipo de Examen:	Ingreso HC-Osteomuscular
Nombre:	YESIKA ALEJANDRA MELO RIOS	Edad:	31 años	Identificación:	1070329079
Genero:	F			Escolaridad:	Profesional
Dirección:	BARRIO LA CASTELLANA			Teléfono:	3177828982
Eps:	Famisanar	Arp:	POSITIVA	Pensiones:	NINGUNA
Empresa:	Fundacion El Lugar			Cargo:	Formadora
En Emergencia Avisar a:	IRENE MELO-HERMANA	Teléfono:	3208494592	Dirección:	BARRIO LA CASTELLANA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

Especialidad	Resultados y Recomendaciones
HC-Osteomuscular	REALIZAR EJERCICIOS DE BOMBA VENOSA 2 VECES AL DIA
Visiometria	SATISFACTORIO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Cumple Con Recomendaciones Para Laborar En El Cargo

Observaciones:

Restricciones	Recomendaciones
	* HABITOS DE VIDA SALUDABLE * DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE * PAUSAS ACTIVAS

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica

CIRCULATORIO

Remisiones a Especialistas

NA

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI PARA TRABAJOS CON MANIPULACION DE ALIMENTOS.

Declaración del usuario o trabajador certifica que ha comprendido el propósito, los beneficios, interpretación del examen médico, por lo tanto declaro que los datos aquí registrados son verídicos, no he omitido ningún tipo de información y estoy de acuerdo con el proceso, la realización de esta prueba es voluntaria y tuve la oportunidad de realizar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara. Fui informado por laboral medical alternativa ips de las medidas que se tomarán para la confidencialidad de mis resultados, autorizo a dicha ips para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento.

Dra. Lesly del Pilar Rodriguez R.
Esp. Salud Ocupacional y Terapias Alternativas
R.M. 25414706 - LIC SO 12100

Médico Especialista en Salud Ocupacional

25414706
Registro

YESIKA MELO

Firma Empleado

1070329079
Cédula

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.141

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	FUNDACION EL LUGAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

JIMENEZ SANABRIA DIEGO ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	24 AÑOS 10 MESES 21 DÍAS	CC	1000617667
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
NUTRICIONISTA DIETISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL VISUAL POR EPS.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
DTO. SALUD OCUPACIONAL Dr. Jim Roger Sánchez D. Esp. Salud Ocupacional L.S.O 25/2019 R.M 253781/03		
Firma:		Firma:
Nombre: SANCHEZ OSNAEZ JIM ROGER		Nombre: JIMENEZ SANABRIA DIEGO ALEJANDRO
R. M.: 253781/03 L.S.O.: 026/2019	Código de Seguridad G1261M1S12141	CC: 1000617667

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Scanned with CamScanner

DRA. MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO – MEDICINA LABORAL
MEDICINA PREVENTIVA, SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
CERTIFICADO MEDICO LABORAL
(RESOLUCION No 25-0220 DE 2021)
Énfasis Osteo-muscular
LUGAR Y FECHA DEL EXAMEN: DIA 21 **MES** 11 **AÑO** 2024 **CIUDAD:** El Colegio- Cundí



1. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombres y apellidos: Nubia Roció Benavides Diaz			
Tipo de documento de identidad: Cedula		**No** 35375588	
Género: Femenino	Edad: 58	**Rh:** O+	**Celular:** 3112727217
Cargo a desempeñar: Nomina			
2. INFORMACION GENERAL			
Actividad económica: Trabajadora social			
Lugar del trabajo: Intramural			
Empresa: Fundación cumplimiento metas y sueños, El Colegio Cundinamarca			

3. TIPO DE EXAMEN			
1. Ingreso: X	**2. Periódico:**	**3. Egreso:**	**Retorno al trabajo:**
5. Cambio de labor:	**6. Pericial:**	**7. viaje al exterior:**	**8. Otro:**
Exámenes realizados: EXAMEN MEDICO LABORAL DE ENFASIS OSTEOMUSCULAR			

4. CONCEPTO DE APTITUD	
1. Ingreso: Apto: X	**2. Recomendaciones o hallazgos:** ninguno
3. Periódico: **Normal: -** **Remisión a la EPS: NO**	**4.Retiro:** Normal: - Remisión a la EPS:
5. APTITUD ESPECIFICA PARA TAREAS	
PACIENTE SIN DEFECTOS NI PATOLOGIAS, CONDICIONES DE SALUD QUE NO ALTERAN O DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO, SE CERTIFICA QUE AL MOMENTO DE LA EVALUACIÒN NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS ESPECIFICADOS, O COMPATIBLES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. IGUALMENTE SE CERTIFICA QUE NIEGA NEXO EPIDEMIOLÓGICO ALGUNO CON COVID-19.	

Documento Unico MCPA

6. RECOMENDACIONES
Control periódico ocupacional cada 6 meses. Control médico general por la EPS según curso de vida, valoración por optometría para tamizaje visual regular y nutrición, uso de elementos de protección personal según actividad laboral. Realizar Pausas activas cada 2 horas por 10 minutos, tanto físicas como visuales. Medidas ergonómicas y de bioseguridad en ambiente laboral. Seguir hábitos de vida saludable (consumir 7 vaso agua al día, proteínas, verduras y frutas, evitar los excesos de azucares y alcohol, no tabaquismo, actividad física 30 minutos al día.)

CONSENTIMIENTO: Declaro que he dado mi consentimiento al médico y que he sido informado de los beneficios, riesgos y resultados de los exámenes solicitados. Declaro que la información que suministré en este examen es completa y verdadera y autorizo al médico para que, en caso necesario, informe a la empresa sobre mi estado de salud. Así mismo me comprometo a seguir las recomendaciones. En constancia de todo lo anterior ACEPTO.
Para validación de la veracidad y vigencia del siguiente documento, se puede comunicar al siguiente correo electrónico: mcamilapedreros@gmail.com



MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO
MEDICO Y CIRUJANO GENERAL
RM: 1020797346
ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Licencia medico laboral: No 25-0220 DE 2021

Documento con MCPA

DRA. MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO – MEDICINA LABORAL
MEDICINA PREVENTIVA, SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABASJO
CERTIFICADO MEDICO LABORAL

(RESOLUCION No 25-0220 DE 2021)

Énfasis Osteo-muscular

LUGAR Y FECHA DEL EXAMEN: DIA 22 **MES** 01 **AÑO** 2025 **CIUDAD:** El Colegio- Cundí



1. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombres y apellidos: Angie Alexandra Díaz Velasco			
Tipo de documento de identidad: Cedula		**No** 1108456272	
Género: Femenino	Edad: 29	**Rh:** O+	**Celular:** 3106110316
Cargo a desempeñar: Contratista			
2. INFORMACION GENERAL			
Actividad económica: Psicóloga			
Lugar del trabajo: Intramural – Extramural			
Empresa: Fundación El Lugar			

3. TIPO DE EXAMEN			
1. Ingreso: X	**2. Periódico:**	**3. Egreso:**	**Retorno al trabajo:**
5. Cambio de labor:	**6. Pericial:**	**7. viaje al exterior:**	**8. Otro:**
Exámenes realizados: EXAMEN MEDICO LABORAL DE ENFASIS OSTEOMUSCULAR			

4. CONCEPTO DE APTITUD	
1. Ingreso: Apto: X	**2. Recomendaciones o hallazgos:** ninguno
3. Periódico: **Normal: -** **Remisión a la EPS: NO**	**4.Retiro:** Normal: - Remisión a la EPS:
ANTECEDENTES MEDICOS: Antecedentes patológicos: niega Antecedentes quirúrgicos: niega Antecedentes Alérgicos: niega Tóxicos: Alcohol: social /Tabaquismo: niega Antecedentes farmacológicos: niega	

Documento Unico MCPA

Antecedentes de lesiones o patologías musculo esqueléticas: niega, no limitaciones funcionales.
Antecedentes ocupacionales: niega.
Antecedentes familiares: madre: hipertensión arterial.
Inmunológicos: vacunas esquema de Covid: 3 dosis; 2 moderna y 1 AstraZeneca.
Antecedentes de enfermedades de origen psicológico/psiquiátrico: niega. Ideación suicida: niega
Examen físico:
PESO: 75 kg TALLA: 159 cm IMC: 29.7 sobrepeso
Paciente en buen estado general, asintomático, niega alteraciones visuales,
sin signos de dificultad respiratoria, no síntomas de vasoespasmo, adecuada interacción con el medio, orientado en tiempo y espacio, sin limitación física o alteraciones osteomusculares.

5. APTITUD ESPECIFICA PARA TAREAS

PACIENTE SIN DEFECTOS NI PATOLOGIAS, CONDICIONES DE SALUD QUE NO ALTERAN O DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO, SE CERTIFICA QUE AL MOMENTO DE LA EVALUACIÒN NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS ESPECIFICADOS, O COMPATIBLES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. IGUALMENTE SE CERTIFICA QUE NIEGA NEXO EPIDEMIOLÓGICO ALGUNO CON COVID-19.

6. RECOMENDACIONES

Control periódico ocupacional cada 6 meses.
Control médico general por programa de curso de vida, nutrición y optometría en un lapso no mayor a 2 meses.
Realizar Pausas activas cada 2 horas por 10 minutos, tanto físicas como visuales.
Medidas de Bioseguridad en ambiente laboral.
Seguir hábitos de vida saludable (consumir 7 vaso agua al día, proteínas, verduras y frutas, evitar los excesos de azucares y alcohol, no tabaquismo, actividad física 30 minutos al día.)

CONSENTIMIENTO: Declaro que he dado mi consentimiento al médico y que he sido informado de los beneficios, riesgos y resultados de los exámenes solicitados. Declaro que la información que suministré en este examen es completa y verdadera y autorizo al médico para que, en caso necesario, informe a la empresa sobre mi estado de salud. Así mismo me comprometo a seguir las recomendaciones. En constancia de todo lo anterior ACEPTO.
Para validación de la veracidad y vigencia del siguiente documento, se puede comunicar al siguiente correo electrónico: mcamilapedreros@gmail.com

Dra. María Camila Pedreros A.
Medico Especialista Gerencia en Salud y Seguridad en el Trabajo
Res. No. 25-0220 de 2021

MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO
MEDICO Y CIRUJANO GENERAL
RM: 1020797346
ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
LICENCIA MEDICOLAR: No 25-0220 DE 2021

Documento Unico MCPA

DRA. MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO – MEDICINA LABORAL
MEDICINA PREVENTIVA, SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
CERTIFICADO MEDICO LABORAL
(RESOLUCION No 25-0220 DE 2021)
LUGAR Y FECHA DEL EXAMEN: DIA 05 **MES** 09 **AÑO** 2025 **CIUDAD:** El Colegio- Cundí



1. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombres y apellidos: Erika Julieth Cruz Rojas			
Tipo de documento de identidad: Cedula		**No:** 1070331318	
Género: Femenino	**Edad:** 29	**Rh:** O+	**Celular:** 3217843162
Dirección: Vda. Panamá, Anapoima		**Fecha de nacimiento:** 22/07/1996	
Nivel educativo: Técnico		**Cargo a desempeñar:** Auxiliar de enfermería	
2. INFORMACION GENERAL			
Actividad económica: Auxiliar de enfermería		**EPS:** Compensar	
Lugar del trabajo: Intramural		**ARL:** Sura	**CLASE DE RIESGO:** I
Empresa:			

3. TIPO DE EXAMEN			
1. Ingreso: X	**2. Periódico:**	**3. Egreso:**	**Retorno al trabajo:**
5. Cambio de labor:	**6. Pericial:**	**7. viaje al exterior:**	**8. Otro:**
EXÁMENES REALIZADOS			
Énfasis: Osteomuscular	Examen Médico Laboral de ingreso		

4. CONCEPTO DE APTITUD

Los Resultados de paraclínicos y valoración del Paciente fueron consignados en una historia clínica Ocupacional que reposa en los archivos de la profesional quien realiza el examen, obteniendo los siguientes resultados.

1. Ingreso: APTO	**2. Recomendaciones o hallazgos:** ninguno
3. Periódico: Normal: - Remisión a la EPS:	**4.Retiro:** Normal: - Remisión a la EPS:

5. APTITUD ESPECIFICA PARA TAREAS

PACIENTE SIN CONDICIONES DE SALUD QUE ALTERAN O DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO, SE CERTIFICA QUE AL MOMENTO DE LA EVALUACIÒN NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS ESPECIFICADOS O COMPATIBLES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA O ALGUNO QUE LE IMPIDA EJERCER SU LABOR.

Documento UNICO MCPA

6. RECOMENDACIONES

Control periódico ocupacional cada 6 meses.
Control médico general por la EPS, valoración por nutrición.
Uso de elementos de protección personal necesarios para ejecutar su labor contratada, higiene postural y de columna, realizar pausas activas cada 2 horas por 10 minutos, tanto físicas como visuales.
Medidas ergonómicas y de bioseguridad en ambiente laboral, uso de protección UV.
Seguir hábitos de vida saludable (consumir 7 vaso agua al día, proteínas, verduras y frutas, evitar los excesos de azucares y alcohol, no tabaquismo, actividad física 30 minutos al día.)

CONSENTIMIENTO: Declaro que he dado mi consentimiento al médico y que he sido informado (a) de la naturaleza del examen, los beneficios, riesgos y resultados de los exámenes solicitados. Declaro que la información que suministré en este examen es completa y verdadera y autorizo al médico para que, en caso necesario, informe a la empresa sobre mi estado de salud, también fui informado (a) sobre la custodia de mi historia clínica e información personal, así mismo me comprometo a seguir las recomendaciones. En constancia de todo lo anterior ACEPTO.

IMPORTANTE: Para validación de la veracidad y vigencia del siguiente documento, se puede comunicar al siguiente correo electrónico: mcamilapedreros@gmail.com para la validación del mismo.



MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO
MEDICO Y CIRUJANO GENERAL
RM: 1020797346
ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Licencia medico laboral: No 25-0220 DE 2021

Documento con MCPA

Empresa

Concepto Laboral

CONSULTORIO MEDICO DRA. JOHANNA SIERRA NIT 52467464-8 PROFESIONAL INDEPENDIENTE CODIGO DH 252450502001 Secretaria de Salud Cundinamarca

Fecha ▼			Tipo de Examen ►	Ingreso
Día	Mes	Año	Ciudad ▼	Departamento ▼
27	09	2024	El colegio	Cundinamarca

1er Apellido ▼	2do Apellido ▼	1er Nombre ▼	2do Nombre ▼
SUAREZ	ARENAS	RUTH	

Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼	Expedido en ▼	Genero ▼	Edad ▼
CC	35374169	1977-12-22	F	68

Ocupación ▼	Empresa ▼	N.I.T. ▼
FORMADORA DE VIDA	FUNDACION EL LUGAR	900509609



Información del Concepto Laboral ▼

NO PRESENTA RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR LA LABOR

Recomendaciones Particulares: EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR. se sugiere realizar actividad física regular, dieta hipoglusida, baja en grasas de origen animal y en carbohidratos , adecuada hidratación, higiene postural, autocuidado. Uso de corrección visual permanente, Seguimiento en su EPS por patologías crónicas . Realizar pausas activas de acuerdo al sistema de gestión de seguridad y salud de la empresa.

Aptitud Ocupacional de Ingreso ▼

Examen Ocupacional sin Alteración Aparente al Momento del Examen

Exámenes Complementarios ▼

Recomendaciones ▼

El Presente Concepto de Aptitud Laboral se Expide Según el Profesiograma o Perfil del Cargo Conocido por la IPS ►	Si		No	X
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica ►	Si		No	X

Tipo de Programa de Vigilancia Epidemiológica a Incluir ▼

Recomendaciones Generales ▼

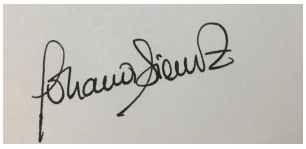
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR. se sugiere realizar actividad física regular, dieta hipoglusida, baja en grasas de origen animal y en carbohidratos , adecuada hidratación, higiene postural, autocuidado. Uso de corrección visual permanente, Seguimiento en su EPS por patologías crónicas . Realizar pausas activas de acuerdo al sistema de gestión de seguridad y salud de la empresa.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador ▼

Autorizo Expresamente a el (la) Doctor(a) Mencionado(a) en el Presente Documento, A Realizar en Mí, El Examen Médico y/o Paraclínico(s) Ocupacional(es) Registrado(s) en Este Documento. Y que Tuve la Oportunidad de Retirar mi Consentimiento en Cualquier Momento Antes de que se Realizara el Examen. Fui Informado(a) sobre la Confidencialidad de la Información Personal por mi Suministrada los Resultados Paraclínicos. Autorizo a la Unidad Médica a Suministrar la Información Aquí Registrada a las Entidades Contempladas en la Legislación Vigente para Dar Cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y Todo lo que se Derive de la Legislación Colombiana. Los Derechos que me Asisten como Titular de la Información son los Contemplados por la Ley, entre Ellos el Derecho a Conocer, Actualizar y Rectificar la Información que de mí se Tiene en Bases Públicas o Privadas, Tales Derechos podrían Ejercerse Mediante Comunicación Escrita al Correo Revisaviae@yahoo.es o Comunicación Escrita en Nuestras Oficinas. Finalmente, Manifiesto que Estoy en Capacidad de Expresar mi Consentimiento. Así Mismo, Declaro que se me ha Explicado la Naturaleza y Propósito del Examen Médico y/o Paraclínico(s) Ocupacional(es), Entendiendo que esta Prueba es Voluntaria y no he Omitido Información sobre mi Estado de Salud. De Igual Forma, Afirmo que he Recibido y Entendido las Recomendaciones y Concepto Laboral del Presente Documento, en Especial Aceptando que Este Examen no es Válido para Licencia de Conducción Automotriz, ni Buceo, ni Porte ni Tenencia de Armas.

Firmas ▼

Médico Ocupacional ▼	Aspirante a Trabajador ▼

 JOHANNA SIERRA Medicina Ocupacional 52467464-8 - LSO 250215/18 Registro Médico	Nombre: RUTH SUAREZ ARENAS C.C. 35374169

La Presente Certificación se Expide con Base en la Historia Clínica Ocupacional del Trabajador, la Cual Tiene un Carácter Confidencial, y Amparada con Base al Consentimiento Informado y con Destino a la Hoja de Vida del Trabajador.

DIRECCION: Carrera 6 # 6-34 Barrio Centro, diagonal a Distribuidora Marucha- El Colegio-Cundinamarca, CELULAR: 3025219150, CORREO ELECTRONICO: Dra.JohannaSierra@gmail.com

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
NIT: 860020094-8
AV. MEDINA NO. 6-06 Tel. 8475710

Sistemas CitiSalud
16/10/2025 14:52.08

Lugar Atención: Hospital

Código Habilitación: 252450005701

CERTIFICADO MÉDICO

El médico que suscribe certifica que el paciente LEGUIZAMON RODRIGUEZ, KAREN MILENA identificado con documento número 1070328250, asistió a una consulta médica el día 16 de Octubre de 2025.

A petición de la parte interesada se expide el presente certificado a los 16 días del mes de Octubre del año 2025.

Observaciones:
SE VALORA PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
NO TRAE PARACLINICOS NI ESTUDIOS COMPLEMETARIOS

Dr. Efrain A. Alvarado R.
MEDICO GENERAL

EFRAIN ALBERTO ALVARADO RIVERA
Cedula de Ciudadania : 88033800
MEDICO

Impreso por : EAAR - EFRAIN ALBERTO ALVARA

DRA. MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO – MEDICINA LABORAL
MEDICINA PREVENTIVA, SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
CERTIFICADO MEDICO LABORAL
(RESOLUCION No 25-0220 DE 2021)

LUGAR Y FECHA DEL EXAMEN: DIA 01 **MES** 07 **AÑO** 2025 **CIUDAD:** El Colegio- Cundí



1. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombres y apellidos: Yudy Smith Hernández Gómez			
Tipo de documento de identidad: Cedula		**No.** 35379091	
Género: Femenino	**Edad:** 41	**Rh:** O+	**Celular:** 3155562890
Dirección: Vereda Lucerna finca los mangos		**Fecha de nacimiento:** 13-10-1983	
Nivel educativo: Universitario		**Cargo a desempeñar:** Contratista	
2. INFORMACION GENERAL			
Actividad económica: Formadora		**EPS:** Compensar	
Lugar del trabajo: Intramural - extramural		**ARL:** Positiva	**CLASE DE RIESGO:** I
Empresa: Fundación El Lugar			

3. TIPO DE EXAMEN			
1. Ingreso: X	**2. Periódico:**	**3. Egreso:**	**Retorno al trabajo:**
5. Cambio de labor:	**6. Pericial:**	**7. viaje al exterior:**	**8. Otro:**
EXÁMENES REALIZADOS			
Énfasis: Osteomuscular	- Examen Médico Laboral de ingreso		

4. CONCEPTO DE APTITUD

Los Resultados de los exámenes, paraclínicos y valoración del Paciente fueron consignados en una historia clínica Ocupacional que reposa en los archivos de la profesional quien realiza el examen, obteniendo los siguientes resultados.

1. Ingreso: APTO	**2. Recomendaciones o hallazgos:** ninguno
3. Periódico: Normal: - Remisión a la EPS: -	**4.Retiro:** Normal: - Remisión a la EPS: -

5. APTITUD ESPECIFICA PARA TAREAS

Documento Único MCPA

PACIENTE SIN CONDICIONES DE SALUD QUE ALTERAN O DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO, SE CERTIFICA QUE AL MOMENTO DE LA EVALUACIÒN NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS ESPECIFICADOS O COMPATIBLES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA O ALGUNO QUE LE IMPIDA EJERCER SU LABOR.

6. RECOMENDACIONES

Control periódico ocupacional cada 6 meses.
Control médico general por la EPS de promoción y prevención.
Uso de elementos de protección personal necesarios para ejecutar su labor contratada, higiene postural y de columna, realizar pausas activas cada 2 horas por 10 minutos, tanto físicas como visuales.
Medidas ergonómicas y de bioseguridad en ambiente laboral, uso de protección UV.
Seguir hábitos de vida saludable (consumir 7 vaso agua al día, proteínas, verduras y frutas, evitar los excesos de azucares y alcohol, no tabaquismo, actividad física 30 minutos al día.)

CONSENTIMIENTO: Declaro que he dado mi consentimiento al médico y que he sido informado (a) de la naturaleza del examen, los beneficios, riesgos y resultados de los exámenes solicitados. Declaro que la información que suministré en este examen es completa y verdadera y autorizo al médico para que, en caso necesario, informe a la empresa sobre mi estado de salud, también fui informado (a) sobre la custodia de mi historia clínica e información personal, así mismo me comprometo a seguir las recomendaciones. En constancia de todo lo anterior ACEPTO.

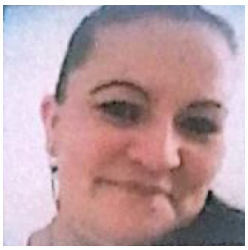
IMPORTANTE: Para validación de la veracidad y vigencia del siguiente documento, se puede comunicar al siguiente correo electrónico: mcamilapedreros@gmail.com para la validación del mismo.



MARIA CAMILA PEDREROS ACEVEDO
MEDICO Y CIRUJANO GENERAL
RM: 1020797346
ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Licencia medico laboral: No 25-0220 DE 2021

Documento IMCPA

Certificado Médico de Aptitud Laboral



Certificado de Aptitud No. 30048

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha:	2024-08-09	Ciudad:	La Mesa Cund.	Tipo de Examen:	Ingreso HC – Alimentos
Nombre:	SOLMILLA VILLALBA MARTINEZ			Identificación:	35377181
Genero:	F	Edad:	49 años	Escolaridad:	Bachillerato completo
Dirección:	LA VICTORIA			Teléfono:	3208472846
Eps:	Convida	Arl:	SURA	Pensiones:	Protección
Empresa: En	FUNDACION EL LUGAR ATENCION INTEGRAL P			Cargo:	SERVICIO DE ALIMENTACION
Emergencia Avisar a:	FABIAN CONTRERAS - ESPOSO	Teléfono:	3209812364	Dirección:	La Victoria – centro

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

Especialidad	Resultados y Recomendaciones
HC-Alimentos	SATISFACTORIO
Coprologico	NORMAL
FG	NORMAL
KOH	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Cumple. Apto para manipulación de alimentos.

Observaciones:

Valoración para control por su EPS
Según matriz de riesgos de la empresa (uso de tapabocas, lavado frecuente de manos)

Restricciones

Recomendaciones

* HABITOS DE VIDA SALUDABLE * EJERCICIO FRECUENTE * PAUSAS ACTIVAS

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica

NA

NA

Declaración del aspirante o trabajador certifica que ha comprendido el propósito, los beneficios, interpretación del examen médico, por lo tanto declaro que los datos aquí registrados son verídicos, no he omitido ningún tipo de información y estoy de acuerdo con el proceso, la realización de esta prueba es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizaran. fui informado por laboral medical alternativa ips de las medidas que se tomarán para la confincialidad de mis resultados. autorizo a dicha ips para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento.

Dra. Lesly del Pilar Rodriguez R.
Esp. Salud Ocupacional y Terapias Alternativas
R.M. 25414706 - LIC SO 12100

Solmilo Villalba Martinez

Médico Especialista en Salud Ocupacional	Registro	Firma Empleado	Cédula
	25414706		35377181

Certificado Médico de Aptitud Laboral

Certificado de Aptitud No. 36290



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha:	15 JUNIO 2025	Ciudad:	MONTERIA	Tipo de Examen:	Periódico HC-Alimentos
Nombre:	YESICA PAOLA DIAZ MONTES			Identificación:	52692540
Genero:	F	Edad:	45 años	Escolaridad:	Bachillerato completo
Dirección:	CRA 4 N°4-38			Teléfono:	3167116790
Eps:	Famisanar	ARL:	NINGUNA	Pensiones:	COLFONDOS
Empresa:	FUNDACION EL LUGAR ATENCION INTEGRAL P			Cargo:	ECONOMA
En Emergencia Avisar a:	FERNANDO PEÑA	Teléfono:	3504941236	Dirección:	CRA 4 N°4-38

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

Especialidad	Resultados y Recomendaciones
HC-Alimentos	APTA PARA MANIPULAR ALIMENTOS
COPROLOGICO	NEGATIVO
FROTIS FARÍNGEO	NEGATIVO
KOH DE UÑAS	NEGATIVO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Cumple Con Recomendaciones Para Laborar En El Cargo
Puede Laborar Manipulando Alimentos

Observaciones:

1. SE RECOMIENDA PRACTICA DEPORTIVA MINIMO 3 VECES POR SEMANA
2. USO DE CORRECCION OPTICA - SE RECOMIENDA REVISION ANUAL POR OPTOMETRIA DE SU EPS

Restricciones	Recomendaciones
	* HABITOS DE VIDA SALUDABLE * DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE * PAUSAS ACTIVAS * USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN AREA DE TRABAJO

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica

SEGUN MATRIZ DE RIESGOS DE SU EMPRESA

Remisiones a Especialistas

N/A

Declaración del aspirante o trabajador certifica que ha comprendido el propósito, los beneficios, interpretación del examen médico, por lo tanto declaro que los datos aquí registrados son verídicos, no he omitido ningún tipo de información y estoy de acuerdo con el proceso, la realización de esta prueba es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizaran. fui informado por laboral medical alternativa ips de las medidas que se tomarán para la confincialidad de mis resultados. autorizo a dicha ips para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento.

Dr. Ricardo Arias H.
Médico Universidad Nacional
Medico ESO

011485
Médico Especialista en Salud Ocupacional — Registro

Firma Del Trabajador
C.C No 52692540

52692540
Firma Empleado — Cédula

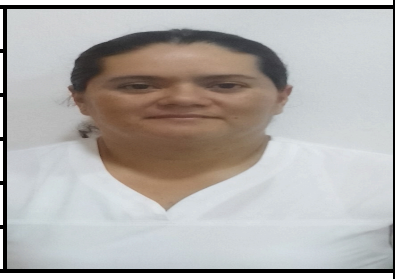
Empresa

Concepto Laboral

CONSULTORIO MEDICO DRA. JOHANNA SIERRA NIT 52467464-8 PROFESIONAL INDEPENDIENTE CODIGO DH 252450502001 Secretaria de Salud Cundinamarca

Fecha ▼			Tipo de Examen ►	Ingreso
Día	Mes	Año	Ciudad ▼	Departamento ▼
28	08	2024	El colegio	Cundinamarca

1er Apellido ▼	2do Apellido ▼	1er Nombre ▼	2do Nombre ▼
CAMARGO	ORTIZ	LEIDY	KATHERIN



Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼	Expedido en ▼	Genero ▼	Edad ▼
CC	1070328929	2010-09-03	F	32

Ocupación ▼	Empresa ▼	N.I.T. ▼
cocinera	FUNDACION EL LUGAR	900509609

Información del Concepto Laboral ▼

NO PRESENTA NINGUNA RESTRICCION PARA DESEMPEÑAR SU LABOR - APTA PARA LABORES DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

Recomendaciones Particulares: EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - SIN RESTRICCIONES PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS . se sugiere realizar actividad física regular, dieta baja en grasas de origen animal y en carbohidratos , adecuada hidratación, higiene postural, autocuidado. Uso de elementos de protección personal adecuados. Realizar pausas activas de acuerdo al sistema de gestión de seguridad y salud de la empresa.

Aptitud Ocupacional de Ingreso ▼

Examen Ocupacional sin Alteración Aparente al Momento del Examen

Exámenes Complementarios ▼

Recomendaciones ▼

	Si		No	X
El Presente Concepto de Aptitud Laboral se Expide Según el Profesiograma o Perfil del Cargo Conocido por la IPS ►				
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica ►				
Tipo de Programa de Vigilancia Epidemiológica a Incluir ▼				

Recomendaciones Generales ▼

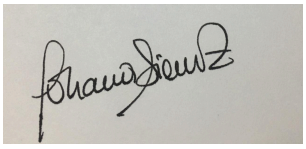
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - SIN RESTRICCIONES PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS . se sugiere realizar actividad física regular, dieta baja en grasas de origen animal y en carbohidratos , adecuada hidratación, higiene postural, autocuidado. Uso de elementos de protección personal adecuados. Realizar pausas activas de acuerdo al sistema de gestión de seguridad y salud de la empresa.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador ▼

Autorizo Expresamente a el (la) Doctor(a) Mencionado(a) en el Presente Documento, A Realizar en Mí, El Examen Médico y/o Paraclínico(s) Ocupacional(es) Registrado(s) en Este Documento. Y que Tuve la Oportunidad de Retirar mi Consentimiento en Cualquier Momento Antes de que se Realizara el Examen. Fui Informado(a) sobre la Confidencialidad de la Información Personal por mi Suministrada los Resultados Paraclínicos. Autorizo a la Unidad Médica a Suministrar la Información Aquí Registrada a las Entidades Contempladas en la Legislación Vigente para Dar Cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y Todo lo que se Derive de la Legislación Colombiana. Los Derechos que me Asisten como Titular de la Información son los Contemplados por la Ley, entre Ellos el Derecho a Conocer, Actualizar y Rectificar la Información que de mí se Tiene en Bases Públicas o Privadas, Tales Derechos podrían Ejercerse Mediante Comunicación Escrita al Correo Revisaviae@yahoo.es o Comunicación Escrita en Nuestras Oficinas. Finalmente, Manifiesto que Estoy en Capacidad de Expresar mi Consentimiento. Así Mismo, Declaro que se me ha Explicado la Naturaleza y Propósito del Examen Médico y/o Paraclínico(s) Ocupacional(es), Entendiendo que esta Prueba es Voluntaria y no he Omitido Información sobre mi Estado de Salud. De Igual Forma, Afirmo que he Recibido y Entendido las Recomendaciones y Concepto Laboral del Presente Documento, en Especial Aceptando que Este Examen no es Válido para Licencia de Conducción Automotriz, ni Buceo, ni Porte ni Tenencia de Armas.

Firmas ▼

Médico Ocupacional ▼	Aspirante a Trabajador ▼

 JOHANNA SIERRA Medicina Ocupacional 52467464-8 - LSO 250215/18 Registro Médico	Nombre: LEIDY KATHERIN CAMARGO ORTIZ C.C. 1070328929

La Presente Certificación se Expide con Base en la Historia Clínica Ocupacional del Trabajador, la Cual Tiene un Carácter Confidencial, y Amparada con Base al Consentimiento Informado y con Destino a la Hoja de Vida del Trabajador.

DIRECCION: Carrera 6 # 6-34 Barrio Centro, diagonal a Distribuidora Marucha- El Colegio-Cundinamarca, CELULAR: 3025219150, CORREO ELECTRONICO: Dra.JohannaSierra@gmail.com