Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)



## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (-O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| ALDANA | QUIMBAYO | PAOLA ANDREA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1119581130

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAIS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 07 MES 01 ANO 2000

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CAQUETA

MUNICIPIO: SOLANO

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: ESTRELLA DEL NORTE

PAIS: COLOMBIA DEPTO: CAQUETA

MUNICIPIO: SOLANO

TELEFONO: 3124811774 EMAIL: Paolaaldana2019@Gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACION BASICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACION BASICA | | | | | | | | | | | TITULO OBTENIDO: BACHILLER TECNICO COMERCIAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 12 ANO 2018 |
| | | | | | | | | | | X | |

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 2 | X | | Técnico laboral por competencias | 07 | 2017 | |
| | | | | En auxiliar de Enfermeria | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPANOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| UT ATENCION AL ADULTO MAYOR CP | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAQUETA | SOLANO | |

| TELEFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3153696970 | DIA 01 MES 08 ANO 2025 | DIA 31 MES 12 ANO 2025 |

| CARGO O ~~CONTRATO~~ ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENERMERIA | CENTRO DE PROTECCION | BUENOS AIRES |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| CALIDAD INTEGRAL | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAQUETA | SOLANO | |

| TELEFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8 351209 | DIA 01 MES 01 ANO 2021 | DIA 31 MES 12 ANO 2021 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCION |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | TRASLADO ASISTENCIAL BASICO | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| ESE FABIO JARAMILLO LONDOÑO | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAQUETA | SOLANO | contacto©esefil.gov.co |

| TELEFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DIA 17 MES 02 ANO 2020 | DIA 31 MES 12 ANO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCION |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELEFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DIA MES ANO | DIA MES ANO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCION |
|---|---|---|
| | | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA ~~HOJA.~~

Activar Win
Ve a Configuraci

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE ANOS Y MESES.

| *OCUPACION* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Andrea Aldana

*FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.119.581.130**

**ALDANA QUIMBAYO**

APELLIDOS

**PAOLA ANDREA**

NOMBRES

Andrea Aldana

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-ENE-2000**

**SOLANO**
**(CAQUETA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.59** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

**16-MAR-2018 SOLANO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4402200-01000801-F-1119581130-20180426 **0060**956931A 1 50221362

INSTITUTO NAZARETH
EDUCACION LABORAL PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

**La República de Colombia departamento del Valle Del Cauca**

Y en su nombre

# INSTITUTO NAZARETH

Autorización oficial según resolución No. 4143.0.21.4772 de 4 de JULIO 2014 y 4143.0.21.2562 de 6 de abril 2015, Secretaria de Educación Municipal Cali Y
Acuerdo No. 00374 de 28 de noviembre de 2014 del Ministerio de Protección Social.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL COMO:

## TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:
## AUXILIAR EN ENFERMERIA A:

**PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYA**
CC. 1.119.581.130 de SOLANO CAQUETA

Con una intensidad de 1.800 horas teórico - practica

*En testimonio de ello se otorga el presente Certificado en Cali, Valle del Cauca, el dia 30 de Julio 2017, y lo refrenda con sello de la institución.*

DIRECTORA GENERAL

SECRETARIO.

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
GOBERNACIÓN
Registro - Diplomas - Secretaria de Salud
Reconocese este titulo para todos los efectos legales
Cali, 18-ENE-2018
Resolución No. 760137

CERT-0040

Anotado en folio 1 del libro 2 de registro de certificaciones

INSTITUTO NAZARETH

EDUCACION LABORAL PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Autorización oficial según resolución No. 4143.0.21.4772 de 4 de JULIO 2014 y 4143.0.21.2562 de 6 de abril 2015, Secretaria de Educación Municipal Cali Y
Acuerdo No. 00374 de 28 de noviembre de 2014 del Ministerio de Protección Social.

# ACTA DE CERTIFICACIÓN

## LA SUSCRITA DIRECTORA GENERAL

## CERTIFICA QUE:

En la Ciudad de Santiago de Cali, Departamento del valle del cauca, siendo las 5:00 p.m. de la noche del día 30 de JULIO de 2017 en el Auditorio Octavio Salazar del INSTITUTO NAZARETH y de conformidad con los estatutos Reglamentarios, se celebró sesión solemne con el fin de otorgar certificaciones de Aptitud ocupacional como:

### TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR

### EN ENFERMERIA A:

## PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYA

Identificado(a) con la cedula de ciudadanía N. 1.119.581.130 de SOLANO CAQUETA Quien curso y aprobó el Programa Teórico – Práctico. Una vez comprobada su situación legal y académica se procedió a la entrega oficial de la presente certificación.

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL

**FRANCISCA CABEZAS PRADO**
**DIRECTORA GENERAL**

Anotado en folio 1 del libro 2 de registro de certificaciones **CERT-00 40**

| GESTION DEL TALENTO HUMANO | | | |
|---|---|---|---|
| CERTIFICACION AFILIADO PARTICIPE | | | |
| **Código:** | **Fecha:** | **Versión:** | **Página:** |
| **FO-GTH-024** | **15/02/2021** | **No 1** | **Página 1 de 1** |

Calidad Integral
AGREMIACION SINDICAL

## A.S. CALIDAD INTEGRAL

## CERTIFICA

Que, el señor(a), **ALDANA QUIMBAYO PAOLA ANDREA** identificado(a) con cedula de ciudadanía **1.119.581.130**, vinculado a este gremio en calidad de Afiliado participe a través del contrato sindical suscrito con la **E.S.E FABIO JARAMILLO LONDOÑO** Municipio de Florencia– Caquetá, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE INGRESO: | **01 de enero del 2021** | FECHA DE RETIRO: | **30 de junio 2021** |
| FECHA DE REINGRESO: | | FECHA DE RETIRO: | |
| CARGO: | **AUX. ENFERMERIA- REMISION** | PROCESO: | **TRASLADO ASISTECIAL BASICO** |
| MODALIDAD DE CONTRATACION: | Convenio sindical sujeto a extinción del contrato sindical | | |

Se expide en la ciudad de Pitalito Huila, a los Cinco (05) días del mes de Enero de 2022.

**SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ**
Representanta Legal

| Proyectó: Gloria Constanza Sánchez (Talento Humano) | Revisó: Gloria Constanza Sánchez (Talento Humano) | Aprobó: Sandra Patricia Coy (Rep Legal) |
|---|---|---|

| GESTION DEL TALENTO HUMANO | | | |
|---|---|---|---|
| CERTIFICACION AFILIADO PARTICIPE | | | |
| **Código:** | **Fecha:** | **Versión:** | **Página:** |
| **FO-GTH-024** | **15/02/2021** | **No 1** | **Página 1 de 1** |

Calidad Integral
AGREMIACIÓN SINDICAL

## A.S. CALIDAD INTEGRAL

## CERTIFICA

Que, el señor(a), **PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO** identificado(a) con cedula de ciudadanía **1.119.581.130**, vinculado a este gremio en calidad de Afiliado participe a través del contrato sindical suscrito con la **E.S.E FABIO JARAMILLO LONDOÑO** Municipio de Florencia– Caquetá, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE INGRESO: | **01 de julio del 2021** | FECHA DE RETIRO: | **31 de diciembre / 2021** |
| FECHA DE REINGRESO: | | FECHA DE RETIRO: | |
| CARGO: | **AUXILIAR DE ENFEMERIA** | PROCESO: | **APOYO EXTRAMURAL** |
| MODALIDAD DE CONTRATACION: | Convenio sindical sujeto a extinción del contrato sindical | | |

Se expide en la ciudad de Pitalito Huila, a los Cinco (05) días del mes de Enero de 2022

**SANDRA PATRICIA COY MUÑOZ**
Representanta Legal

| | | |
|---|---|---|
| Proyectó: Gloria Constanza Sánchez (Talento Humano) | Revisó: Gloria Constanza Sánchez (Talento Humano) | Aprobó: Sandra Patricia Coy (Rep.Legal) |

UNIÓN TEMPORAL
CENTRO DE PROTECCIÓN SOLANO 2025
NIT. 901 923 383-5

**La suscrita Representante Legal de la**
**UNION TEMPORAL CENTRO DE PROTECCIÓN SOLANO 2025**
**NIT 901.923.383-5**

**HACE CONSTAR QUE:**

Que la señora, PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.119.581.130, expedida en Solano, suscribió con LA UNION TEMPORAL CENTRO DE PROTECCIÓN SOLANO 2025, con NIT. 901.923.383-5, Contrato de Prestación de Servicios, para desarrollar actividades como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, con las siguientes especificaciones:

| | |
|---|---|
| **CONTRATO** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS **No. SOLANO-CP-012-2025** |
| **OBJETO** | Prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, en las actividades de atención integral a los beneficiarios del Centro de Protección Social, en el marco del Convenio de Asociación No. 002 del 04 de marzo de 2025 suscrito entre el Municipio de Solano – Caquetá y La Unión Temporal Centro de Protección Social Solano 2025, de manera independiente, es decir sin que exista subordinación laboral y utilizando sus propios medios y recursos para prestar sus servicios y a poner a disposición de ésta, su experiencia, habilidades, saberes y competencias para actuar diligentemente en la ejecución contractual. |
| **FECHA DE INICIO** | 01 de agosto de 2025 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN** | 31 de agosto de 2025 |
| **PLAZO** | UN (1) MES |
| **FUENTE DEL RECURSO** | UNIÓN TEMPORAL |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN** | Municipio de Solano |

**SE HAN GENERADO MULTAS, DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO O CADUCIDAD:** NO

**ESTADO DEL CONTRATO:** EJECUTADO.

Dada en Florencia – Caquetá, a los dos (02) de septiembre de 2025.

**GLADYS CAICEDO TRASLAVIÑA**
**Representante Legal**

Para confirmar la veracidad de la certificación al correo utcentrodeproteccionsolano@gmail.com, área de Talento Humano

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14907772293

(415)7707212489984(8020) 000001490777229 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 1 9 5 8 1 1 3 0 | 4 | Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8 | |

**IDENTIFICACIÓN**

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 1 9 5 8 1 1 3 0 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caquetá 1 8 | Solano 7 5 6 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALDANA | QUIMBAYO | PAOLA | ANDREA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

**UBICACIÓN**

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caquetá 1 8 | Solano 7 5 6 |

41. Dirección principal: CL 10 2 18 BRR ESTRELLA DEL NORTE

42. Correo electrónico: paolaaldana2019@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 4 8 1 1 7 7 4 | |

**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 2 | 2 0 2 3 0 4 1 1 | | | | | | 5 1 3 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 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

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

| 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

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 ALDANA QUIMBAYO PAOLA ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: PAOLA ANDREA

Apellidos: ALIANA QUIMBAYO

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1 1 1 9 5 8 1 1 3 0

Fecha de nacimiento: Día 0 7 Mes 0 1 Año 2 0 0 0

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampion - Rubeola | Unica | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetanico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 03-12-25 | 0343Q005A | Doris Ulcue. |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 03-12-25 | V50525005 | Doris Ulcue |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Hepatitis A. | 1. | 01-12-25 | AHAV164A | Liliana M. |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 022d6cb-485e-4fc2-97f8-77da6424a30

Nombres y apellidos / Full name: **PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 1 1 9 5 8 1 1 3 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth:

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3124811774**

Correo electrónico / e-mail: **paolaaldana2019@gmail.com**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 23 | 2 | 2012 | | 012n1015 | SOLANO HOSPITAL LOCAL | yury p |
| VPH | Primera | 22 | 4 | 2013 | | H012968 | SOLANO HOSPITAL LOCAL | |
| VPH | Segunda | 30 | 10 | 2013 | | H012968 | SOLANO HOSPITAL LOCAL | |
| TD Adulto | Segunda | 30 | 10 | 2013 | | 024L1015D | SOLANO HOSPITAL LOCAL | |
| TD Adulto | Tercera | 24 | 5 | 2017 | | D2288 | SOLANO HOSPITAL LOCAL | |
| TD Adulto | Cuarta | 11 | 2 | 2019 | | 221502016B | SOLANO HOSPITAL LOCAL | Doris Ulcue Coicue |
| Fiebre Amarilla | Única | 10 | 8 | 2020 | | R3C231V | SOLANO HOSPITAL LOCAL | Doris Ulcue Coicue |
| COVID SINOVAC | Primera | 8 | 3 | 2021 | Sinovac | A2021010044 | HOSPITAL LOCAL SOLANO | Doris Ulcue Coicue |
| COVID SINOVAC | Segunda | 5 | 4 | 2021 | Sinovac | E202102011 | HOSPITAL LOCAL SOLANO | DORIS ULCUE |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 26 | 8 | 2021 | | V50221008 | SOLANO HOSPITAL LOCAL | Doris Ulcue Coicue |
| COVID PFIZER | Primer Refuerzo | 18 | 1 | 2022 | PFIZER | FM2954 | HOSPITAL LOCAL SOLANO | DORIS ULCUE COICUE |
| COVID PFIZER | Segundo Refuerzo | 22 | 8 | 2022 | PFIZER | PCA0076 | SALUD VITAL FLORENCIA IPS | YARLEDY ASTUDILLO LOMBANA |
| COVID MODERNA BIVALENTE | Adicional | 15 | 12 | 2023 | Catalent Indiana | 010B23-2A | SALUD VITAL FLORENCIA IPS | NORMA JOHANNA GAVIRIA PARRA |
| TD Adulto | Quinta | 8 | 3 | 2024 | Serum | 2332L004B | HOSPITAL LOCAL SOLANO | DORIS ULCUE COICUE |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación **Colombia**

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 0222d6cb-485a-4fc2-9718-77da64242a30

Nombres y apellidos / Full name: **PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: 1 1 1 9 5 8 1 1 3 0

Fecha de nacimiento / Date of birth:

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3124811774**

Correo electrónico / e-mail: **paolaaldana2019@gmail.com**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Doses | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| TdaP Acelular Gestante | Anual | 22 | 6 | 2024 | Sanofi Pasteur | C5926AB | HOSPITAL LOCAL SOLANO | DORIS ULCUE COICUE |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 22 | 6 | 2024 | Green Cross | V50524003 | HOSPITAL LOCAL SOLANO | DORIS ULCUE COICUE |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Verificar Registro en ReTHUS  Limpiar

**Resultado General -2025-12-04→10:46:28 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1119581130 | PAOLA | ANDREA | ALDANA | QUIMBAYO | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO identificado(a) con CC 1119581130 registra La siguiente información:**

**2025-12-04→10:46:28 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2018-01-18 | 760137 | DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE |

**La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

# FUNDACION PESES

## (PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses *Para su bienestar*

## CERTIFICA QUE:

## PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO

C.C. 1.119.581.130 DE SOLANO - CAQUETA

Participó del seminario taller en **ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL** con una intensidad de 45 horas, desarrollado el día 22 al 26 del mes de noviembre del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**
(Bajo resolución 1075 del 2015)

**JELMU ENRIQUE POLO PEREA**
Representante Legal

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

Powered by CamScanner

# FUNDACION PESES

## (PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
*Para su bienestar*

## CERTIFICA QUE:

## PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO

C.C. 1.119.581.130 DE SOLANO - CAQUETA

Participó del seminario taller en **SOPORTE VITAL BASICO** con una intensidad de 48 horas, desarrollado los días 14 al 18 del mes de noviembre del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**
(Bajo resolución 1075 del 2015)

**JELMU ENRIQUE POLO PEREA**
Representante Legal

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

Powered by CamScanner

# FUNDACION PESES

## (PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
*Para su bienestar*

## CERTIFICA QUE:

## PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO

C.C. 1.119.581.130 DE SOLANO - CAQUETA

Participó del seminario taller en **ATENCION A VICTIMAS CON AGRESION POR AGENTES QUIMICOS** con una intensidad de 60 horas, desarrollado los días 06 al 11 del mes de noviembre del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**
(Bajo resolución 1075 del 2015)

**JELMU ENRIQUE POLO PEREA**
Representante Legal

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

Powered by CamScanner

# FUNDACION PESES

## (PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
*Para su bienestar*

## CERTIFICA QUE:

## PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO

C.C. 1.119.581.130 DE SOLANO - CAQUETA

Participó del seminario taller en **ATENCION AL USUARIO Y HUMANIZACION EN LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD** con una intensidad de 60 horas, desarrollado el día 23 al 28 del mes de octubre del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**
(Bajo resolución 1075 del 2015)

**JELMU ENRIQUE POLO PEREA**
Representante Legal

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

Powered by CamScanner

# FUNDACION PESES

## (PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses
*Para su bienestar*

## CERTIFICA QUE:

## PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO

C.C. 1.119.581.130 DE SOLANO - CAQUETA

Participó del seminario taller en **PRIMEROS AUXILIOS** con una intensidad de 40 horas, desarrollado los días 16 al 19 del mes de octubre del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**
(Bajo resolución 1075 del 2015)

**JELMU ENRIQUE POLO PEREA**
Representante Legal

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

Powered by CamScanner

# FUNDACION PESES

## (PLAN PADRINOS EN SALUD EDUCACION Y DESARROLLO SOCIAL)

NIT. 900 678496 - 4

FUNDACION Peses *Para su bienestar*

## CERTIFICA QUE:

## PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO

C.C. 1.119.581.130 DE SOLANO – CAQUETA

Realizó el seminario taller en **ATENCION INTEGRAL Y CUIDADOS AL ADULTO MAYOR (AVANZADO)** con una intensidad de 110 horas, desarrollado del 01 al 30 del mes de junio del año 2025.

(valido por actualización por 2 años)
NOTA: ESTE CERTIFICADO SOLO SE VALIDA BAJO LA VERIFICACIÓN AL CORREO ELECTRONICO DESCRITO EN EL PIE DE PAGINA **INGRESAR POR CODIGO QR**
(Bajo resolución 1075 del 2015)

**JELMU ENRIQUE POLO PEREA**
Representante Legal

DIRECCION: CALLE 5 No 6ª BIS – 86 B/ PRIMAVERA SEDE 2 CALLE 13 No 10 – 33 LOCAL 2
E-mail: peses.polo@gmail.com – celular: 3203455675 – teléfono: 4356058
WEB: fundacionPESESwixsite.com

Powered by CamScanner

**CONSULTORIA EMPRESARIAL EN: MEDICINA LABORAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD, DERECHO LABORAL, SEGURIDAD SOCIAL Y MANIPULACION ADECUADA DE ALIMENTOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del paciente: PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO | Documento: 1119581130 | F.Nacimiento: 2000-01-07 | Edad: 26 Años |
| Residencia: BRR CENTRO | EPS:Nueva EPS | Telefono: 573124811774 | Genero: F |
| Cargo u Oficio: | CONTRATISTA | | |

# CERTIFICADO APTITUD LABORAL

Fecha : 2026-01-02

**Tipo de Examen:** Ingreso **Empresa:** INDEPENDIENTE

**Examenes Complementarios**

| Examen | Resultado |
|---|---|
| Optometria | Dentro de Parametros Normales Ocupacionales |

OTROS EXAMENES: 1.) TAMIZ VISUAL: AVL SC: OD: 20/20 OI: 20/20, AVC SC: OD: 20/20 OI: 20/20, MOVILIDAD OCULAR NORMAL, VISION DE COLORES NORMAL. 2.) PRUEBAS DE EQUILIBRIO ESTÁTICO Y DINAMICO: PRUEBA DE ROMBERG, PRUEBA DE LOS ÍNDICES DE BARANY, BABINSKI – WEIL, UNTERBERGER: NORMALES.

**Conclusiones Ocupacionales:**

**Agregar conclusión ocupacional de acuerdo al diagnóstico:**

No Requiere Certificación Complementaria

**Certificación Complementaria:**

Examen de Ingreso Satisfactorio

**Conductas Ocupacionales Preventivas:**

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO., 11. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CARDIOVASCULAR FRAMINGHAM: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como RIESGO BAJO., 16. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA CARDIOVASCULAR: NO se clasifica como un caso de riesgo cardiovascular., 17. RECOMENDACIÓN PARA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: El uso de elementos de protección personales una medida preventiva de carácter obligatorio para el trabajador en el marco del SG-SST de la empresa. Por lo anterior, se realiza validación de ficha técnica del calzado de seguridad determinado por la empresa y se establece la viabilidad de su uso siempre ajustado a las condiciones de salud del trabajador. En caso de modificación en la ficha técnica, el responsable del SG-SST de la empresa deberá realizar las adaptaciones necesarias y acordes con la condición de salud del trabajador..

**Recomendaciones Generales y Observaciones Finales:**

1. ESTADO DE SALUD Y VACUNACIÓN • MANTENER ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO, ESPECIALMENTE: o HEPATITIS B (3 DOSIS + ANTICUERPOS SI ES POSIBLE). o INFLUENZA ANUAL. o TÉTANOS-DIFTERIA (REFUERZO CADA 10 AÑOS). o COVID-19 SEGÚN LINEAMIENTOS VIGENTES. o VARICELA Y HEPATITIS A (SEGÚN ANTECEDENTES Y EXPOSICIÓN). • CERTIFICADO MÉDICO ACTUALIZADO QUE AVALE LA APTITUD PARA MANIPULAR PACIENTES. 2. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) • GUANTES DESECHABLES PARA MANIPULACIÓN DE PACIENTES Y MATERIAL BIOLÓGICO. • MASCARILLA QUIRÚRGICA PERMANENTE, N95 EN CASOS DE CONTACTO CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. • GAFAS O MONOGAFAS AL RIESGO DE SALPICADURAS DE FLUIDOS. • BATA ANTIFLUIDO DURANTE PROCEDIMIENTOS. • CALZADO CERRADO, ANTIDESLIZANTE Y CÓMODO. • LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y USO DE ALCOHOL GLICERINADO. 3. ERGONOMÍA Y PREVENCIÓN DE LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS • UTILIZAR TÉCNICAS ADECUADAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES PARA PREVENIR LESIONES LUMBARES. • SOLICITAR AYUDA O USAR AYUDAS MECÁNICAS PARA MOVILIZAR PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA. • REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA PARA EVITAR FATIGA Y PROBLEMAS POSTURALES. 4. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES Y ACCIDENTES • CUMPLIR ESTRICTAMENTE CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. • REPORTAR DE INMEDIATO ACCIDENTES CON RIESGO BIOLÓGICO (PINCHAZOS, SALPICADURAS, ETC.). • EVITAR EL USO DE



Powered by CamScanner

ANILLOS, RELOJES U OTROS ACCESORIOS DURANTE LA ATENCIÓN DE PACIENTES. • MANTENER EL ÁREA DE TRABAJO LIMPIA Y LIBRE DE OBSTÁCULOS PARA PREVENIR CAÍDAS. 5. SALUD MENTAL Y AUTOCUIDADO • MANTENER UNA BUENA COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO DE TRABAJO PARA REDUCIR ESTRÉS LABORAL. • BUSCAR APOYO PSICOLÓGICO EN CASO DE CARGA EMOCIONAL POR EL MANEJO DE PACIENTES DEPENDIENTES. • RESPETAR LOS TIEMPOS DE DESCANSO Y ALIMENTACIÓN. 6. RECOMENDACIONES FINALES • PARTICIPAR EN CAPACITACIONES EN SST (SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO) Y EN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A ADULTOS MAYORES. • REALIZARSE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERIÓDICOS SEGÚN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. • PROMOVER PRÁCTICAS DE CUIDADO HUMANIZADO CON RESPETO Y DIGNIDAD HACIA LOS ADULTOS MAYORES.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de ingreso con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Declaración del trabajador: Certifico que la informacion que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato; igualmente me encuentro conforme con la informacion de mi examen medico y resultados paraclinicos. Autorizo a CENTRO MEDICO SANTO THOMAS S.A.S para que entregue los resultados en el Departamento de Salud Ocupacional de la empresa, quienes se encargaran de enviarla a la respectiva E.P.S**

---

Armenia

**Firma del Paciente (o persona autorizada para firmar para el Paciente):**

Nombre: PAOLA ANDREA ALDANA QUIMBAYO
C.C. 1119581130

**Especialista:**




_____

SAMUEL ZULETA GOMEZ
SALUD OCUPACIONAL
RM 15929099
*** Documento firmado digitalmente ***



Powered by CamScanner