MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 Nº 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

# REMISIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Fecha: 30 de enero de 2026

Señor (es)
CONTROL ANUAL OPTOMETRÍA - CIRUJANO GENERAL
Ciudad

Por medio de la presente agradecemos la atención del (la) Sr. (a) **RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO** con CC. **1101692211**, quien ha sido valorada por nuestra institución como parte de las actividades de medicina preventiva y del trabajo de la empresa SENA, para lo cual suministramos la siguiente información:

**Cargo** ORIENTADOR **Dependencia** NO APLICA

**Edad** 32 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS **Género** MASCULINO

**Protocolo:** **Visual** ☐ **Auditivo** ☐ **Lesiones OM** ☐ **Cardio V** ☐

**Diagnóstico** ASTIGMATISMO - HERNIA ABDOMINAL, NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

**Diagnostico según protocolo** **Sano** ☐ **Sospechoso** ☐ **Caso** ☐

**Ampliación de la Información:** NO APLICA

Agradecemos la atención a la presente.

Cordialmente,



**Firma:** _____

**Nombre:** FERREIRA CARO LIDA

**R. M.:** 251536 **L.S.O.:** 08025

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 179.911**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 30 DÍA | 01 MES | 2026 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| **PARTICULARES** | **SENA** |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| **RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO** | MASCULINO | 32 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS | CC (Tipo) | 1101692211 (Número) |

Cargo: **ORIENTADOR**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| **SANITAS** | **PROTECCION** | **POSITIVA** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |

| 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 MÉDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ | CUADRO HEMÁTICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | EVALUACION FONOAUDIOLOGICA | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | PRUEBA PSICOLÓGICA 16PF | ✓ |
| PARCIAL DE ORINA | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| REMISIÓN EPS | | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

CUMPLIR CON LAS NORMAS, REGLAMENTOS, REQUISITOS E INSTRUCCIONES QUE HA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA SEGÚN SU SISTEMA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES. SE REALIZÓ ÉNFASIS CARDIOVASCULAR.

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



**Firma:**

**Nombre:** CC: 52357216 - LIDA FERREIRA

**R. M.:** 251536 **L.S.O.:** 08025

**Código de Seguridad**
**H1N1T179911**

## Aspirante o Trabajador



**Firma:**

**Nombre:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO

**CC:** 1101692211

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# EXAMEN DE OPTOMETRÍA

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 133,524**

**Fecha:** 30/01/2026 **Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 1101692211 **Nombre:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNAND **Edad:** 32 AÑOS 3
**Genero:** MASCULINO **Profesión o Cargo:** ORIENTADOR **Empresa:** SENA
**Eps:** SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OST **F. Último Examen:** 1 MES
**Lugar del Último Examen:** BUCARAMANGA **Motivo Consulta:** CONTROL VISUAL

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/ 20- | 0.5 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 20- | 0.5 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/20- | 0.5 | N/A | NO TRAE | N/A | N/A |

## RETINOSCOPIA

O.D: **N-0.25X0** N-0.25X0 AV VL 20/ **20**
O.I: **N-0.25X0** N-0.25X0 AV VL 20/ **20**

## TEST

VISION AL COLOR ISHIHARA: **NORMAL**
ESTEREOPSIS TITMUS: **NORMAL**

## EXÁMEN EXTERNO

OBSERVACION: **LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL AO**

## EXAMEN MOTOR

OBSERVACION: **VL Y VP ORTHO**

## OFTALMOSCOPIA

O.D: **FOAN**
O.I: **FOAN**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H522 | ASTIGMATISMO | AMBOS | Enfermedad general | PRINCIPAL |

## DISPOSICION

CORRECCIÓN OPTICA OCASIONAL
CONTROL EN 1 AÑO

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EXAMEN NO APLICA PARA FORMULA DE GAFAS.

**OPTOMETRA**

**Firma:**
**Nombre:** CC: 28152725 - YENNY ANDREA LIMAS
**R. M.:** 0986-06 **L.S.O.:**

**PACIENTE**

**Firma:**
**Nombre:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO
**CC:** 1101692211

# MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD IPS S.A.S.

SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Calle 52B No 31-149 Antiguo Campestre
Tel: 6576727-313 8636713 Email: mtsips@hotmail.com

M.T.S.

**VALORACION FONOAUDIOLOGICA**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN | | | | EMPRESA |
|---|---|---|---|---|
| 30 | 01 | 2026 | Bucaramanga | SENA |
| DD | MM | AAAA | CIUDAD | TIPO DE EXAMEN: Vo2 (Ingreso) |

**DATOS DEL TRABAJADOR ASPIRANTE**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Rugeles | Salazar | Diego | Fernando |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | | GENERO | FECHA DE NACIMIENTO | | | EDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1101692 211 | Masculino | 10 | 10 | 1993 | 32 |
| TIPO | NUMERO | | DD | MM | AAAA | |

## EVALUACION

**HABLA**

**ORGANOS FONOARTICULADORES:**

ABIOS: ✓ LENGUA: ✓ DIENTES: ✓ PALADAR DURO: ✓ PALADAR BLANDO: ✓ UVULA: ✓ MAXILARES: ✓

**ARTICULACION:** ADECUADA: ✓ INADECUADA: ____

**PROCESOS MOTORES BASICOS**

**RESPIRACION**

MODO: NASAL: ✓ BUCAL: ____ MIXTO: ____

TIPO: CAVICULAR: ____ ABDOMINAL: ____ COSTODIAFRAGMATICO: ✓

FRECUENCIA: HOMBRE(16-16) Normal MUJER(18-20) ____

**RESONANCIA**

NORMAL: ✓ HIPERNASALIDAD: ____ HIPONASALIDAD: ____

**FONACION**

**INTENSIDAD:** NORMAL ✓ AUMENTADA ____ DISMINUIDA ____

**TONO:** NORMAL ✓ BAJO ____ ALTO ____ MONOTONO ____

**TIMBRE:** NORMAL ✓ DISFONICO ____ NASALIZADO ____

**COORDINACIÓN FONORESPIRATORIA:** ADECUADA ✓ INADECUADA ____

**TIEMPO FONACION:** Normal

**PROSODIA**

**RITMO:** NORMAL ✓ BRADIFALICO ____ TAQUILALICO ____

**ENTONACION Y ACENTUACION:** ADECUADA ✓ INADECUADA ____

**AUDICION:** NORMAL ✓ ALTERADA ____

**OTOSCOPIA:** OD Normal OI Normal

**DIAGNOSTOSTICO:** Comportamiento vocal funcional en el momento de la evaluación. No refiere antecedentes patologicos vocales. Se recomienda adecuar tipo respiratorio.

Laura Andrea Hernández A.
Fonoaudióloga - UDES
T.P. 1402648 REG M. 06089

Powered by CamScanner

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — **Atención N°: 124053**

**Fecha:** 30/01/2026 **Ciudad:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)
**Tipo Exámen:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Eps:** SANITAS
**CC:** 1101692211 **Nombre:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO **Edad:** 32 AÑOS 3 M **Genero:** MASCULINO
**Fecha Nacimiento:** 10/10/1993 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** ORIENTADOR

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| FUNDACION SAN NICOLAS | PSICOLOGO | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 18 |

**ANTECEDENTES AUDITIVOS**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| OTITIS | NO REFIERE | HIPOACUSIA SUBJETIVA | NO REFIERE |
| TRAUMA | NO REFIERE | ACÚFENOS | NO REFIERE |
| CIRUGÍA | NO REFIERE | OTROS | NO REFIERE |
| INGESTA OTOTÓXICOS | NO REFIERE | | |

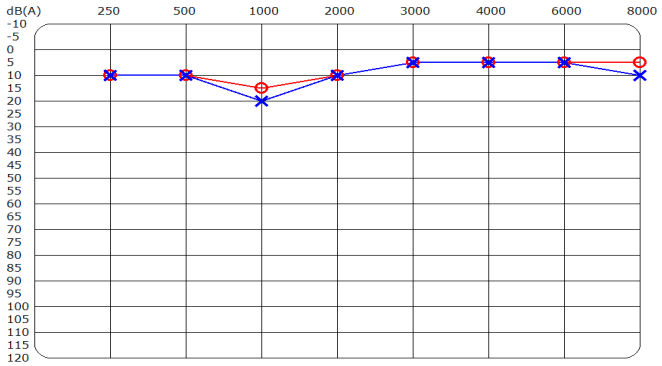
**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| TEJO | NO REFIERE | POLIGONO | EN EL SERVICIO |
| MOTO | DIARIAMENTE | AURICULARES | NO REFIERE |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | NO REFIERE |
| SERVICIO MILITAR | 18 MESES | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

**Descanso auditivo(Horas) :** 8 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
**Marca y Referencia audiometró utilizado:** MAICO MA 42 **F. Ultima Calibración:** 2022-11-09

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)




**OTOSCOPIA**

**Oído derecho:** CAE DESPEJADO MT INT
**Oído izquierdo:** CAE DESPEJADO MT INT

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | 10 | 10 | 15 | 10 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| VAOI | 10 | 10 | 20 | 10 | 5 | 5 | 5 | 10 |

**SEVERIDAD - CAOHC**

**Oído derecho:** Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | AMBOS | Enfermedad general | PRINCIPAL |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |

**Observaciones**

PTA: O.D 10 DB AUDICION DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD
O.I 11.2 DB AUDICION DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD

**FONOAUDIÓLOGO**

**Firma:**
**Nombre:** CC: 63531177 - LAURA ANDREA HERNANDEZ
**R. M.:** 06089 **L.S.O.:**

**TRABAJADOR**

**Firma:**
**Nombre:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO
**CC** 1101692211



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
L1R32X261911



**DATOS PERSONALES** **Laboratorio N°: 261,911**

**Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 30 de enero de 2026 06:57:53 a.m.

**Nombres y Apellidos:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO **CC:** 1101692211 **Género:** MASCULINO

**F. Nacimiento:** 10/10/1993 **Edad:** 32 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

# RESULTADOS DEL LABORATORIO

## MICROSCOPÍA

**PARCIAL DE ORINA**

| ANALITO | RESULTADO | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| **ANALISIS FISICO** | | |
| COLOR | AMARILLO | |
| ASPECTO | LIGERAMENTE TURBIO | |
| DENSIDAD | 1025 | |
| Ph | 6.0 | |
| **ANALISIS QUIMICO** | | |
| LEUCOCITOS | NEGATIVO | Leu / uL |
| NITRITOS | NEGATIVO | Positivo/Negativo |
| PROTEINAS | NEGATIVO | mg/dl |
| GLUCOSA | NEGATIVO | mg/dl |
| CETONAS | NEGATIVO | mg/dl |
| UROBILINOGENOS | NORMAL | mg/dl |
| BILIRRUBINAS | NEGATIVO | mg/dl |



**DATOS PERSONALES** **Laboratorio N°: 261,911**

**Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 30 de enero de 2026 06:57:53 a.m.

**Nombres y Apellidos:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO **CC:** 1101692211 **Género:** MASCULINO

**F. Nacimiento:** 10/10/1993 **Edad:** 32 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

| | | |
|---|---|---|
| ERITROCITOS | NEGATIVO | mg/dl |
| HEMOGLOBINA | NEGATIVO | mg/dl |
| **ANALISIS MICROSCOPICO** | | |
| CELULAS EPITELIALES ALTAS | | XCampo |
| CELULAS EPITELIALES BAJAS | 0-2 | XCampo |
| LEUCOCITOS | 0-1 | XCampo |
| HEMATIES | | XCampo |
| BACTERIAS | ESCASAS | XCampo |
| MOCO | + | XCampo |
| LEVADURA | | XCampo |
| PIOCITOS | | XCampo |
| ESPERMATOZOIDES | | XCampo |
| CRISTALES URATOS AMORFOS | | XCampo |
| CRISTALES FOSFATOS AMORFOS | | XCampo |
| CRISTALES OXALATO DE CALCIO | | XCampo |
| CRISTALES FOSFATOS | | |

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
L1R32X261911



**DATOS PERSONALES** **Laboratorio N°: 261,911**

**Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 30 de enero de 2026 06:57:53 a.m.

**Nombres y Apellidos:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO **CC:** 1101692211 **Género:** MASCULINO

**F. Nacimiento:** 10/10/1993 **Edad:** 32 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

| | | |
|---|---|---|
| TRIPLE | | XCampo |
| CRISTALES ACIDO URICO | | XCampo |
| OBSERVACION | | |

**Jose Yohany Salazar Niño**
**CC: 91485673**
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
S1Y32E261865



**DATOS PERSONALES** — **Laboratorio N°: 261,865**

**Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 30 de enero de 2026 06:57:53 a.m.

**Nombres y Apellidos:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO **CC:** 1101692211 **Género:** MASCULINO

**F. Nacimiento:** 10/10/1993 **Edad:** 32 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

# RESULTADOS DEL LABORATORIO

## HEMATOLOGÍA

### CUADRO HEMÁTICO

| CUADRO HEMATICO TIPO IV | VALOR | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| RECUENTO GLOBULOS BLANCOS | 7.62 | 5 - 11 10^9/L |
| HEMATOCRITO | 45.74 | 34 – 54 % |
| HEMOGLOBINA | 16.6 | 11.5 – 17.3 g/dl |
| RECUENTO GLOBULOS ROJOS | 5.45 | 3.8 – 5.8 10^12/L |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO | 89 | 84 – 98 fl |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA | 30.1 | 27.5 – 32.4 pg |
| PLAQUETAS | 296 | 156 – 342 10^9/L |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO | 8.5 | 8.3 – 12 fl |
| GRANULOUCITOS % | 61.3 | 43.6 – 73.4 % |
| LINFOCITOS % | 33.5 | 19.1 – 48 % |
| MIXTAS % | 5.2 | 4.5 – 12. 1 % |

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
**S1Y32E261865**



## DATOS PERSONALES

**Laboratorio N°: 261,865**

**Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 30 de enero de 2026 06:57:53 a.m.

**Nombres y Apellidos:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO **CC:** 1101692211 **Género:** MASCULINO

**F. Nacimiento:** 10/10/1993 **Edad:** 32 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

**CC: 91485673**
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
N1T32Z261864



**DATOS PERSONALES** — **Laboratorio N°: 261,864**

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Fecha y Hora: viernes, 30 de enero de 2026 06:57:53 a.m.

Nombres y Apellidos: RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO CC: 1101692211 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 10/10/1993 Edad: 32 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS Entidad: PARTICULARES

# RESULTADOS DEL LABORATORIO

## QUÍMICA

**PERFIL LIPIDICO**

| ANALITO | RESULTADO | VALOR REFERENCIA |
|---|---|---|
| COLESTEROL TOTAL | **258 *VALOR CONFIRMADO.** | < 200 mg/dl *S. OCUP.:< 250 mg/dl |
| COLESTEROL HDL | 47 | > 60 mg/dl |
| TRIGLICERIDOS | **411 *VALOR CONFIRMADO. SUERO LIPEMICO.** | < 150 mg/dl *S. OCUP.:< 350 mg/dl |
| COLESTEROL LDL | 129 | < 100 mg/dl |
| COLESTEROL VLDL | 82 | < 80 mg/dl |

**Jose Yohany Salazar Niño**
**CC: 91485673**
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08

MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com

Código de Seguridad
G1M32S261863



**DATOS PERSONALES** — **Laboratorio N°: 261,863**

**Municipio:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 30 de enero de 2026 06:57:53 a.m.

**Nombres y Apellidos:** RUGELES SALAZAR DIEGO FERNANDO **CC:** 1101692211 **Género:** MASCULINO

**F. Nacimiento:** 10/10/1993 **Edad:** 32 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES

# RESULTADOS DEL LABORATORIO

## QUÍMICA

### GLICEMIA

| ANALITO | RESULTADO | VALOR REFERENCIA | METODO |
|---|---|---|---|
| GLICEMIA | 106 | 70 - 110 mg/dl | OXIDASA / PEROXIDASA |

**Jose Yohany Salazar Niño**
**CC: 91485673**
Bacteriólogo(a) RP: T.P 02972/08

| República de Colombia<br>Gobernación de Santander | RESOLUCIÓN | CÓDIGO | AP-JC-RG-89 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 5 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 22/05/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

**RESOLUCIÓN NÚMERO** 08025

**POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER**

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y

**CONSIDERANDO**

Que **LIDA FERREIRA CARO,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 52357216, ha solicitado Renovación de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No 06197 de 08/04/2014 de la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

**RESUELVE**

ARTICULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **LIDA FERREIRA CARO**, MÉDICO CIRUJANO -ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL con Cédula de Ciudadanía No 52357216, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTICULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTICULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTICULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTICULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**
Dada en Bucaramanga, a los 20 MAY 2024

**EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ**
**Secretario de Salud Departamental**

VoBo: Antonio José Monroy Vecino - Director de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Lilibeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Magaly Andrea Mariño Bayona - Grupo de Acreditación en Salud SOGC

# NOTIFICACIÓN

En la oficina de Salud Ocupacional de la Secretaría de Salud de Santander

Comparece: Lida Ferreira Caro

Con cédula de ciudadanía Número: 52357216

Expedida en: 12-12-1995 Bogotá

Fecha: 21 Mayo- 2024

Notificado: Notificador:

Entrega de licencia: Personal ✓ Autorizado ☐

Banco de Occidente
SAE GOBERNACION DE SANTANDER
CAJA 2 — 17 MAY 2024 — CAJA 2
RECIBIDO

**SECRETARIA DE HACIENDA**
**DEPARTAMENTO DE SANTANDER**
**ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES**
NIT 890.201.235-6

**Recibo de recaudo No: 2502400246763**

→ **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**
No. Documento: 52357216
Nombre:
LIDA FERREIRA CARO

→ **TRÁMITE**
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

→**ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $4.300 |
| PRO DESARROLLO | $1.700 |
| PRO ELECTRIFICACIÓN | $2.200 |
| PRO CULTURA | $4.300 |
| PRO BIENESTAR ADULTO MAYC | $1.700 |
| TOTAL | $14.200 |
| Orden[illegible] de la 2005 | $1.420 |
| **Total a pagar** | **$15.620** |

Con destino a:
Secretaría de Salud Departamental

→Fecha expedición: 2024/05/17
Fecha límite de pago: 2024/05/23

Puede ingresar a
https://estampillas.syc.com.co/
para validar y consultar el detalle del pago de la Estampilla Departamental.

RE-OP-07L

**SOPORTE TRÁMITE**

Hora Impr:20240517 14:10:43