	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-009
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	05
		Vigencia:	12-12-2024

ACTA DE INICIO DE SERVICIOS	FECHA 1-02-2026	HORA: 08:00
CONTRATO N°	005-00-MDN-CGFM-DGSA-FAC-JEFSA-CACOM4-ESM5114-2026	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	22 de Enero del 2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION DE UN TECNICO ADMINISTRATIVO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4	
VALOR DEL CONTRATO	$24´750.000	
LUGAR DE EJECUCIÓN:	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 5114 DEL COMANDO AÉREO DE COMBATE NO. 4.	
CONTRATISTA	JOHANNA PATRICIA PORTELA MAHECHA	
INTERVENTOR	NO APLICA	
SUPERVISOR PRINCIPAL	CT COLMENARES DUQUE LAURA MARCELA	
FORMA DE PAGO	Se efectuarán pagos de la siguiente manera:	

FECHA DE CORTE	MES PAC	VALOR
28 febrero 2026	Marzo 2026	$ 2´250.000,00
31 marzo 2026	Abril 2026	$ 2´250.000,00
30 abril 2026	Mayo 2026	$ 2´250.000,00
31 mayo 2026	Junio 2026	$ 2´250.000,00
30 junio 2026	Julio 2026	$ 2´250.000,00
31 Julio 2026	Agosto 2026	$ 2´250.000,00
31 Agosto2026	Septiembre 2026	$ 2´250.000,00
30 septiembre 2026	Octubre 2026	$ 2´250.000,00
31 octubre 2026	Noviembre 2026	$ 2´250.000,00
30 noviembre 2026	Diciembre 2026	$ 2´250.000,00
Desde el 01 de diciembre hasta 20 de diciembre 2026	Diciembre 2026	$ 1´500.000,00
Desde el 21 de diciembre hasta 31 de diciembre 2026	Cuentas por pagar 2026 cancelados en el primer trimestre del 2027	$ 750.000,00

Notas:

1. El pago al Contratista se realizará previa presentación de la facturación o cuenta de cobro, el acta de recibo a satisfacción suscrito por el Supervisor del Contrato y demás trámites administrativos a que haya lugar. Por lo tanto, la Entidad no se hace responsable por las demoras presentadas en el trámite para el pago al Contratista cuando ellas fueren ocasionadas por encontrarse incompleta la documentación de soporte o no ajustarse a cualquiera de las condiciones establecidas en el Contrato.
2. La Entidad hará las retenciones a que haya lugar sobre cada pago, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes sobre la materia.
3. El pago en las fechas establecidas estará sujeto a la aprobación previa de PAC por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
4. La forma de pago establecida no será obstáculo para que, una vez cumplida la entrega a satisfacción, EL MINISTERIO pueda efectuar el pago con anterioridad, si llegare a existir disponibilidad de recursos en el PAC y así lo acepta EL CONTRATISTA. El desembolso se efectuará,

	previo el cumplimiento de los trámites administrativos, sin necesidad de modificar el presente contrato y mediante decisión unilateral del MINISTERIO. 5. El Ministerio pagará al contratista el valor de la factura, siempre y cuando se encuentre correctamente publicada en la plataforma SECOP II.
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026
GARANTIA CONTRACTUAL	Póliza de Seguros del Estado No: 25-46-101047550 Amparo: Cumplimiento de contrato Desde 22 de enero 2026 Hasta 31 de julio del 2027 Suma Asegurada: $7´425.000
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	No Aplica

El día 01 de febrero 2026, en el Comando Aéreo de Combate N°4 en Melgar Tolima, se reunieron la Señora Johanna Patricia Portela Mahecha, en su condición de contratista, y la Señora Ct Colmenares Duque Laura Marcela, en calidad de Supervisor principal, con el fin de dejar constancia de la iniciación real y material de la ejecución del contrato en mención, cuyo objeto es PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION DE UN TECNICO ADMINISTRATIVO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4, de acuerdo a las condiciones relacionadas anteriormente.

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
Johanna Patricia Portela Mahecha	Auxiliar Administrativa	Auxiliar Administrativa

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

ACTIVIDADES

1. Recepcionar y tramitar las facturas emitidas por la red externa contratada y no contratada en el cuadro Excel dispuesto para dicha labor.
2. Organizar los paquetes de pagos de la red externa contratada con todos los documentos que haya lugar.
3. Realizar los paquetes de resoluciones de urgencias para pagos a entidades no contratadas.
4. Conseguir documentos necesarios para trámites administrativos como certificados de cuentas bancarias, RUT, parafiscales y cualquier otro en apoyo a la gestión del trámite administrativo de cuentas por pagar.
5. Reportar a cada IPS cada pago enviando la orden de pago y el listado en Excel de las facturas pagadas con sus valores correspondientes y posteriores realizar cruces de cartera con la red externa contratada y no contratada.
6. Hacer seguimiento en SECOP II al cargue de las facturas por parte de los contratistas e informes de supervisión de los supervisores.
7. Realizar las devoluciones de las facturas radicadas que no pertenezcan al CACOM 4 como entidad responsable de pago.
8. Realizar cada mes un corte de verificación de las facturas entregadas a auditoria vs lo tramitado para pago para identificar oportunamente cualquier falla en el proceso.
9. Dar respuestas a los correos de solicitud de información administrativa a terceros.

10. Apoyar con la gestión documental y de archivo del ESM 5114.
11. Apoyar a la gestión contractual del ESM, buscando información estadística para la estructuración económica de los procesos, revisión de manuales y similares para estructuraciones técnicas, y cualquier otra fuente que aporte a la elaboración y materialización de los contratos.
12. Apoyar en la gestión administrativa a la escuadrilla de contratos por medio de la elaboración de matrices contractual y similares según los lineamientos de la Jefatura.
13. Realizar socializaciones que haya a lugar de acuerdo a la necesidad con su respectiva acta y listado de asistencia.
14. Entregar el último día hábil de cada mes al supervisor de contrato, un informe de las actividades cumplidas durante el mes.

OBLIGACIONES

1. Si el contratista tiene que afiliarse a una ARL diferente a la ARL POSITIVA o SURA, debe hacerlo por sus propios medios y debe entregar al responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo del ESM copia del certificado de afiliación un día antes de la fecha de inicio del contrato, así mismo informar a la ARL en caso de adición de contrato; y el riesgo al que se deberá afiliar en la catalogación es el III.
2. La afiliación del contratista a la Administradora de Riesgos laborales es de carácter obligatorio , por lo tanto el OPS NO puede comenzar a realizar actividades antes de la afiliación e inicio de la cobertura por la ARL, teniendo en cuenta que en caso de presentarse un accidente o evento laboral no podría ser reportado a la ARL, ni recibiría atención médica, rehabilitación, pago de incapacidades, pensiones de invalidez y cualquier otra condición que se pueda generar como consecuencia del evento, lo cual llevaría a sanciones y a la obligación de reconocerle y pagarle al OPS las prestaciones correspondientes a la lesión sufrida
3. El contratista deberá presentar las planillas de pagos a seguridad social. Sin esto, no se podrá dar trámite al pago de los honorarios.
4. El contratista debe informar al supervisor cualquier situación que intervenga con la ejecución normal del objeto del contrato.
5. Brindar la información para el Estudio de seguridad.
6. El costo del fichero debe ser asumido por el contratista. Así mismo, este fichero es necesario para el ingreso a la Unidad Militar y debe ser portado visiblemente.
7. El contratista no está autorizado para poseer o extraer información que esté relacionado con la seguridad y defensa de la unidad o documentos secretos del ESM.
8. Una vez se haya realizado el pago de los honorarios, el contratista debe realizar el cargue mensual del documento de cobro al SECOP II.
9. Actualizar constantemente su hoja de vida en el aplicativo, como datos personales, datos laborales, datos académicos, la declaración de bienes y rente, entre otros; en el aplicativo SIGEP.
10. El contratista debe cumplir con los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato suscribiendo póliza de cumplimiento la cual debe aportar al supervisor lo cual es un requisito previo para la suscripción del acta de inicio. La póliza debe ser allegada dentro de los 3 días hábiles siguientes a la suscripción del contrato
11. El contratista debe cumplir con el siguiente esquema de vacunación:

ESQUEMA DE VACUNACIÓN		
VACUNA	**INDICACIÓN**	**OBSERVACIONES**
Fiebre amarilla	1 dosis	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 metros sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujeres 5 dosis Hombres 3 dosis NOTA: Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1 dosis 2da dosis al mes de la 1ra 3ra dosis a los 6 meses de la 2da 4ta dosis al año de la 3ra 5ta dosis al año de la 4ta Un refuerzo cada 10 años al terminar esquema Hombres: 1 dosis 2da dosis al mes de la 1ra 3ra dosis a los 6 meses de la 2da Un refuerzo cada 10 años al terminar esquema

El esquema de vacunación deberá estar completo al momento del inicio del contrato, para verificar dicha situación se deberá entregar a la Te. Henao Jaramillo Luisa Fernanda encargada de Seguridad y Salud en el trabajo, copia del carnet de vacunación al correo de luisa.henao@fac.mil.co

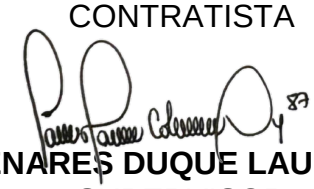
OBSERVACIONES

Se anexa certificaciones de afiliación de salud, pensión y ARL

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON:



JOHANNA PATRICIA PORTELA MAHECHA
CONTRATISTA



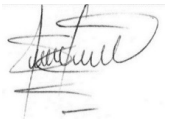
CT COLMENARES DUQUE LAURA MARCELA
SUPERVISOR

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOHANNA PATRICIA PORTELA MAHECHA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1030630335,** se encuentra afiliado/a desde **14/07/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

30012026

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	SI NO X	A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	

II. A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Portela	Nuecha.	Johanna	Patricia

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1030630335	X	X	Colombia

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
Bogota	Colombia	Cundinamarca	Bogota	08091993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI NO		SI NO	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución adicional
	Colpensiones	1'750.905	

26. Residencia			
Mz R Casa 9	3203861465	jportela33@outlook.com	
Tolima	Melgar		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres				

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACITADO PERMANENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	52. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	Dirección	Teléfono	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

ATU13010A21
Famisanar
30 ENE. 2026

Powered by CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACION y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en **www.famisanar.com.co**, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demas normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9 Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013)*

Firma del Afiliado: JOHANNA PORTELA M.

Nombres y Apellidos: Johanna Portela Identificación: 1030630335

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI [X] NO [ ]

Firma del Afiliado: JOHANNA PORTELA M.

Nombres y Apellidos: JOHANNA PATRICIA PORTELA MANCHA Identificación: 1030630335

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos _____

Identificación _____

Edad _____

Dirección de Domicilio _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar _____

Huella

Powered by CamScanner

Centro Medico Colsubsidio Girardot

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

Johanna Portela CC 1030630335

Mdgo Tolima

Mz F Casa 8 3303861468

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

Portela Maecha Johanna Patricia

CC 1030630335 x 08091993

30012026

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

IX. FIRMAS

x JOHANNA PORTELAM

X. ANEXOS

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

16320

30012026 independiente

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



N° 29.582

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	01 MES	2026 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

CIIU (Actividad Económica) del empleador: 1

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	
PORTELA MAHECHA JOHANNA PATRICIA	FEMENINO	32 AÑOS 4 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1030630335 (Número)

Cargo: **TECNICO ADMINISTRATIVO**

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)**

Observaciones: .

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:

OPTOMETRÍA ✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA, EJERCICIO QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR.
REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS

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: 39625957 - SANDRA ESPERANZA VARGAS

R. M.: 0698-03 L.S.O.: 2462-15

Código de Seguridad: B1053H1N29582

Aspirante o Trabajador

Firma: JHANNA PORTELA M

Nombre: PORTELA MAHECHA JOHANNA PATRICIA

CC: 1030630335

Powered by CamScanner