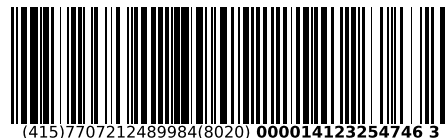


2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141232547463



(415)7707212489984(8020) 0000141232547463

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 9 3 0 3 3 6 9

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 6 9 3 0 3 3 6 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Guasca

3 2 2

31. Primer apellido

CASTAÑEDA

32. Segundo apellido

CASAS

33. Primer nombre

OSCAR

34. Otros nombres

IVAN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Guasca

3 2 2

41. Dirección principal

CR 8 1 01 BRR LA GIRALDA

42. Correo electrónico

oscarin0490@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 8 9 0 4 3 6 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 7 1 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 5 0 3 0 2

Actividad secundaria

48. Código

5 6 1 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 4 0 3 0 8

Otras actividades

1

5 5 1 1

2

4 6 4 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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	5	4	8	5	0																				

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

50 - No responsable de Consumo restaurant

Usuarios aduaneros

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

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

X

NO

60. No. de Folios:

2

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.

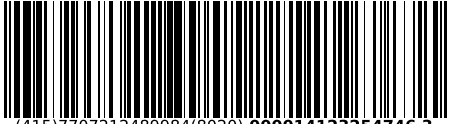
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CALIMAN GONZALEZ ANDREA

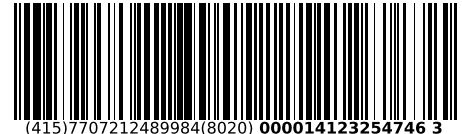
985. Cargo Analista II

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 2 de 3 Hoja 2		
			4. Número de formulario 141232547463		
 (415)7707212489984(8020) 000014123254746 3					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 6 9 3 0 3 3 6 9		6. DV 5	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
Características y formas de las organizaciones					
62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	
Constitución, Registro y Última Reforma			Composición del Capital		
Documento	1. Constitución	2. Reforma			
71. Clase	0 9			82. Nacional %	
72. Número				83. Nacional público %	
73. Fecha				84. Nacional privado %	
74. Número de notaría				85. Extranjero %	
75. Entidad de registro	0 3			86. Extranjero público %	
76. Fecha de registro	2 0 1 1 0 1 2 8			87. Extranjero privado %	
77. No. Matrícula mercantil	0 2 0 5 9 7 3 3				
78. Departamento	1 1				
79. Ciudad/Municipio	4				
Vigencia					
80. Desde					
81. Hasta					
Entidad de vigilancia y control					
88. Entidad de vigilancia y control					
Estado y Beneficio					
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV	
1				-	
2				-	
3				-	
4				-	
5				-	
Vinculación económica					
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante				96. DV.	
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP					

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141232547463



(415)7707212489984(8020) 0000141232547463

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 9 3 0 3 3 6 9

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci	0 2	161. Actividad económica Expendio de comidas preparadas en cafeterías	5 6 1 3
162. Nombre del establecimiento SIE BARRA DE CAFE			
163. Departamento Cundinamarca	2 5	164. Ciudad/Municipio Guasca	3 2 2
165. Dirección CR 8 1 01			
166. Número de matrícula mercantil	0 2 4 1 9 0 8 2	167. Fecha de la matrícula mercantil	2 0 1 4 0 2 2 5
168. Teléfono	3 1 3 8 9 0 4 3 6 6	169. Fecha de cierre	

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci	0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido co	4 7 1 1
162. Nombre del establecimiento LICORERA DE GUASCA			
163. Departamento Cundinamarca	2 5	164. Ciudad/Municipio Guasca	3 2 2
165. Dirección CR 8 1 01			
166. Número de matrícula mercantil	0 1 1 3 2 2 9 9	167. Fecha de la matrícula mercantil	2 0 0 1 1 0 0 9
168. Teléfono	3 1 3 8 9 0 4 3 6 6	169. Fecha de cierre	

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069303369	OSCAR IVAN CASTAÑEDA CASAS		Cr 10 No 2-06 Guasca-Cundinamarca Barrio	0000000	oscarin0490@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	GUASCA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80403783	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,894,999	\$597.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	19.800				19.800	0	0	19.800			198	19.800	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	37.900	0	0

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	19.800	19.800
CCF	1	37.900	37.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	597.800	597.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069303369	OSCAR IVAN CASTAÑEDA CASAS		Cr 10 No 2-06 Guasca-Cundinamarca Barrio	0000000	oscarin0490@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	GUASCA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80403783	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,894,999	\$597.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1069303369	CASTAÑEDA CASAS OSCAR IVAN	59	0			N															25-14	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS005	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	2	19.800	CCF24	1.894.999	30	37.900	0	0	0	0	0

Certificación Bancaria

Domingo, 19 de abril de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que OSCAR IVAN CASTAÑEDA CASAS identificado(a) con CC 1069303369, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	23284080157	2017-10-25	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

Cajicá, 05 de agosto de 2025

Señores

SENA

Ciudad

CAJICA, CUNDINAMARCA

Respetados señores

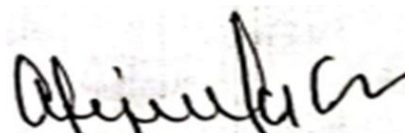
Una vez se llevó a cabo la aplicación e interpretación de la prueba **PSICOLOGICA**, al señor **OSCAR IVAN CASTAÑEDA CASAS**, identificado con cédula de ciudadanía, numero **1.069.303.369 De Guasca**, concluye que los resultados no evidencian la presencia de rasgos de personalidad negativos, ni alteraciones cognitivas que le impidan desarrollar adecuadamente sus funciones. Al momento de la entrevista, cuenta con adecuada orientación intrapsíquica y alopsíquica, sus capacidades de atención, concentración, memoria, pensamiento y lenguaje, no evidencian ningún tipo de alteración. Su comprensión es adecuada y su hilaridad en el lenguaje verbal es coherente, luego se halla entre los parametros normales. Adicionalmente no se identificó ningún tipo de consumo o dependencia a sustancias psicoactivas en concordancia con lo evaluado. Se conceptua;

Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

Apto sin recomendaciones

Si se requiere información adicional puede comunicarse con la CENTRAL DE SERVICIOS MÉDICOS CAJICA S.A.S (CEMEDICA)

Cordialmente,



Alejandra Forero C
Psicóloga Esp. SG-SST
T.P.Nº 109290 Colpsic
LSST. 1270 SSB



RESULTADOS EXAMENES DE LABORATORIO

05/08/25

1

CEMEDICA S.A.S

Direccion CL 4 NO. 3A-05

Telefono 8660839/8830139

E-Mail

Fecha 05/08/2025

Edad 35 A

Paciente: CASTAÑEDA CASAS OSCAR IVAN

Direccion cra 10 no. 06 guasca

Telerfono 3138904366

Aseguradora PARTICULAR 1

Identificacion CC 1069303369

GLUCOSA EN SUERO

DETERMINACION DE GLUCOSA

GLICEMIA : -

Método: ENZIMATICO

- -

Resultado: 93 mg/dl

70-110 mg/dl

- .

OBSERVACIONES: .

- .

- .

- .

HORA DE TOMA DE MUESTRA: 8:39

HORA DE ENTREGA DE RESULTADOS: 10:00

Lorena del Pilar Vega Castro
Bacterióloga y Laboratorista Clínica
T.P. 51986453 S.D.S

BACTERIOLOGA



CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

Paciente: OSCAR IVAN CASTAÑEDA CASAS
Identificación CC 1069303369
Dirección cra 10 no. 06 guasca
Acompañante/Acudiente

Género MASCULINO

Fecha de Nacimiento 04/04/1990 **Edad Actual** 35 A
 3138904366

NINGUNO

Usuario**Aseguradora** PARTICULAR 1**Fecha del Examen** 05/08/2025 **Ciudad** CAJICA**Tipo de Examen** PREIN**Razón social empresa que lo contrato o contratara****Centro de Trabajo (Sede)**

PARTICULAR 1

SENA - INSTRUCTOR

INFORMACION PRESONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGIA VISUAL

Ha tenido cirugías o traumas oculares? NO

Presenta actualmente molestias en los ojos? NO

Está expuesto a riesgos ocupacionales Oculares en el car NO

Usa en el cargo actual elementos de protección ocular? NO

Problemas de Refracción NO**Corregido** NO **Tipo de Corrección****Frecuencia de uso****Tiempo de Evolución**

Lensometría de Rx en uso OD
 OI

Tipo de Lente

EVALUACION VISIOMETRIA

Ojo Derecho				Ojo Izquierdo				Ambos Ojos			
20=547638	NO	25 = 428576	NO	30 = 943852	NO	20 = 745932	NO	25 = 578236	NO	30 = 346752	NO
40=795823	NO	50 = 357248	NO	60 = 7236	NO	40 = 534268	NO	50 = 752386	NO	60 = 6254	NO
70=9574	NO	100 = 92	NO	200 = 5	NO	70 = 8453	NO	100 = 85	NO	200 = 3	NO

Percepción del Color: 4 1 6 3

EVALUACION OPTOMETRIA

Dial No 2 AGUDEZA VISUAL					Visión Lejana		Visión Próxima	
Letras	SI	Numeros	E Direccional	NO	Uso de corrección en el examen	NO	OD 20/20	0.5M
							OI 20/20	0.5M
							AO 20/20	0.5M

Dial No 3 RETINOSCOPIA Ojo Der.

SUBJETIVO Ojo Izq.
Ojo Der.Dial No 4 QUERATOMETRIA Ojo Izq.
Ojo Der.

Dial No 5 FORIAS

LATERAL Normal SI VERTICAL Normal SI

Dial No 6 VISION PEREFERICA
EVALUADA NO Normal NO

Dial No 7 PERCEPCION DEL COLOR

EVALUADA SI Normal SI

Dial No 8 ESTEREOPSIS

Dial No 8 ESTEREOPSIS

TEST DE LA MOSCA

Angulo a 40 cm en seg de Arco

800 140

600 100

400 80

60

50

40 X

Dial No 9 EVALUACION SEGMENTO EXTERNO

Ojo Derecho Anormal NO Tipo PTERIGIO GRADO II

Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo PTERIGIO GRADO II

Dial No 10 OFTALMOSCOPIA

Ojo Derecho Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE

Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE



CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

e-mail

PATOLOGIA DE REFRACCION

	Ojo Derecho	Lejos	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Cerca	Ojo Izquierdo
Agudeza Visual Normal	X	X	X	X	X	X
Adecuadamente Corregida						
Inadecuadamente Corregida						
No Corregida						
No requiere Corrección						
Visión de profundidad	Normal SI	Percepción de Colores	Normal SI			
Forias	Normal SI	Visión Periférica	Normal NO			
Cumple requerimiento ocupacional	SI	Debe usar corrección para laboral			NO	
Observación	SE RECOMIENDA PROTECCION AMBIENTE					
Diagnóstico	EMETROPE, PTERIGIO AO					
Remisión a:	Ortópica NO	Oftalmología NO	Contactología NO	Control en	1 AÑO	

OBSERVACIONES

APTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento.

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará UNIMOS SALUD para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. UNIMOS SALUD para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 párrafo del Artículo 10 -


Sonia Ballesteros Poveda
 Optómetra
 TP. 1018435574
 2745 CTNPO



Evaluado

Firma

SONIA LIZETTE BALLESTEROS POVEDA

Registro Médico 1018435574

Firma Aspirante o Trabajador

OSCAR IVAN CASTAÑEDA CASAS

Documento de identidad CC 1069303369

677260 191977

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
CEMEDICA S.A.S



NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

Paciente: OSCAR IVAN CASTAÑEDA CASAS
Identificación CC 1069303369
Dirección cra 10 no. 06 guasca
Aseguradora PARTICULAR 1
Fecha de Nacimiento 04/04/1990
Género MASCULINO
Edad Actual 35 A
Telefono 3138904366
Fecha Ingreso 05/08/25 12:59

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Fecha del Examen	Ciudad	Tipo de Examen	Otro
05/08/2025	CAJICA - CUNDINAMARC	Pre-Ingreso	
Razon social de la empresa que lo contrato o contratara		Razon social de la empresa en que laborará, laborará o laboró	
PARTICULAR 1		CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL SENA	
Cargo		Area o Sede	
INSTRUCTOR SENA		EDUCATIVA	

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico	X Osteomuscular	Riesgo vascular
Manipulador de alimentos	Alturas	Otro? Cual?

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

X Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Aplazado
Apto con recomendaciones para el cargo	Apto para trabajo en espacios confinado	Motivo de Aplazamiento
Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo	Apto para manipular alimentos	

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:	SI	NO	X		

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

X Examen Médico	Examen Radiologico	NA Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patología diagnóstica
Audiometría	¿Cuál(es)?	NA Continuar manejo actual y control por EPS
Espirometría		NA Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
Optometría		NA Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
Electrocardiograma		NA Asistir a programas de promoción y prevención EPS
Exámen Psicosenso metrico	X Exámenes de Laboratorio	NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos
Otro?Cual?	¿Cuál(es)?	*NA = No Aplica
VISIOMETRÍA,PRUEBA PSICOLOGICA	GLICEMIA	Amplie su conducta
		EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES

X Exámen Ocupacional Anual	X Higiene postural	X Uso de elementos de proteccion personal	X Pausas Activas
Reingreso laboral	Reubicación	Rehabilitación profesional	
Otro? Cual?			

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos



NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail



ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).
He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).
Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 - Minprotección)


MARITZA DEL CARMEN MANRIQUEZ
MEDICOS ESPECIALISTA EN LA GESTION
DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO MEDICO 2000017899
LIC. SALUD OCUPACIONAL 1983-07-10-2022

MEDICO

Firma

MARITZA DEL CARMEN MANRIQUEZ

Registro Médico
2000017899

Licencia salud ocupacional
1983-07-10-2022



Firma ASPIRANTE O TRABAJADOR

OSCAR IVAN CASTAÑEDA CASAS

Documento de identidad
CC 1069303369

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
