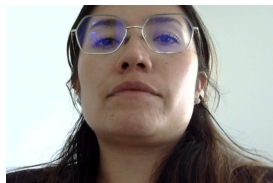




900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



**Nombres y Apellidos:** VIVIANA DAZA ALAYON  
**Identificación:** CC  
**Fecha de Nacimiento:** 1990-11-06  
**Género:** F  
**RH:** A +  
**Estado civil:** SOLTERO  
**Departamento:** BOGOTÁ, D.C.  
**EPS:** EPS SURA  
**AFP:** PROTECCION S.A.

**Número:** 1023902026  
**Edad:** 35  
**Identidad de Género:** FEMENINO  
**Estrato:** 4  
**Escolaridad:** POSTGRADO  
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.  
**ARL:** COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA  
**Dirección:** CARRERA 81 B #17 - 90  
**Acompañante:** MONICA DAZA  
**Teléfono:** 3204946555  
**Tel. Acompañante:** 3204945351

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

**CARGO:** COORDINADORA INTERNADO  
**TIPO EXAMEN:** PERIODICO  
**FECHA EXAMEN:** 2025-11-26  
**ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

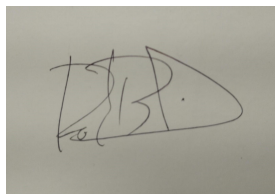
## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR 2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

VIVIANA DAZA ALAYON  
Documento: 1023902026  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

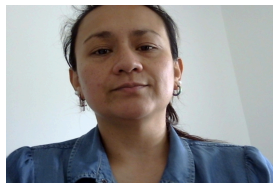
Teléfono:

Email: [administradorips.qpcol@quironprevencion.com](mailto:administradorips.qpcol@quironprevencion.com)



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                              |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | SANDRA MILENA LOPEZ SULBARAN | <b>Número:</b>              | 52462158                                                                              |
| <b>Identificación:</b>      | CC                           | <b>Edad:</b>                | 44                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1981-02-04                   | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                            | <b>Estrato:</b>             | 3                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | O +                          | <b>Escolaridad:</b>         | TECNOLOGICO                                                                           |
| <b>Estado civil:</b>        | CASADO                       | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                 | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS SURA                     |                             |                                                                                       |
| <b>AFP:</b>                 | PORVENIR S.A.                |                             |                                                                                       |
| <b>Dirección:</b>           | CARRERA 102 # 154 - 30       | <b>Teléfono:</b>            | 3202772427                                                                            |
| <b>Acompañante:</b>         | CEILER GOMEZ                 | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3176165752                                                                            |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |                               |                      |               |
|---------------------|-------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | ASISTENTE DE RESTABLECIMIENTO | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-26    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO                     | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

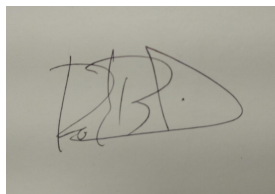
## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR      2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

CONCEPTO      CUMPLE PARA EL CARGO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

SANDRA MILENA LOPEZ SULBARAN  
Documento: 52462158  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                              |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | JOHANIS ZARAY NEGRETTE GENES | <b>Número:</b>              | 1068736031                   |
| <b>Identificación:</b>      | CC                           | <b>Edad:</b>                | 22                           |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 2003-11-04                   | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                     |
| <b>Género:</b>              | F                            | <b>Estrato:</b>             | 2                            |
| <b>RH:</b>                  | O +                          | <b>Escolaridad:</b>         | BACHILLER                    |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                      | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                 |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                 | <b>ARL:</b>                 | CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A. |
| <b>EPS:</b>                 | EPS COMPENSAR                | <b>Teléfono:</b>            | 3145434781                   |
| <b>AFP:</b>                 | PORVENIR S.A.                | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3213468397                   |
| <b>Dirección:</b>           | CARRERA 154 # 133 - 22       |                             |                              |
| <b>Acompañante:</b>         | YANDRI GENES                 |                             |                              |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |                        |                      |               |
|---------------------|------------------------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | AUXILIAR DE ENFERMERIA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-25    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO              | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

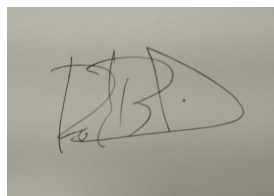
### EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR
2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

### CONCEPTO

CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
 1024455  
 RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
 12/01/2023  
 Firma y sello del médico evaluador

JOHANIS ZARAY NEGRETTE GENES  
 Documento: 1068736031  
 Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS  
NIT: 900615719-1  
11001



## EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR Certificado de aptitud: 4656582-115397

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                                          |                                                       |                        |                          |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| <b>Fecha y Lugar:</b>                    | 05 mar 2025 - BOGOTA D.C                              | <b>Tipo de Examen:</b> | PERIODICO                |
| <b>Paciente:</b>                         | LILA DEL CARMEN MOTA ORTEGA                           | <b>Identificación:</b> | 4656582                  |
| <b>Género:</b>                           | FEMENINO <b>Edad:</b> 34                              | <b>Teléfono:</b>       | 3204977039 <b>Móvil:</b> |
| <b>Fecha Nacimiento:</b>                 | 03/05/1990                                            | <b>Cargo:</b>          | AUXILIAR DE COCINA       |
| <b>Estado Civil:</b>                     | UNIÓN LIBRE                                           | <b>EPS:</b>            | SALUD TOTAL S.A. EPS ARS |
| <b>Dirección:</b>                        | CRA 8B NO 161A 23                                     | <b>ARL:</b>            | NO REPORTA               |
| <b>Escolaridad:</b>                      | BACHILLERATO                                          | <b>AFP:</b>            | PROTECCION S.A.          |
| <b>Empresa:</b>                          | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA   | <b>AREA:</b>           | No Reporta               |
| <b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b> | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA - |                        |                          |

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>                | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL<br>USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL<br>REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE<br>USO DE BLOQUEADOR SOLAR PARA ACTIVIDADES EN QUE EXISTA EXPOSICION A LUZ SOLAR<br>CONTROL MEDICO RUTINA EPS<br>MANTENER PESO SALUDABLE |
| <b>FROTIS FARINGEO</b>                     | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>COPROLOGICO</b>                         | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>KOH DE UÑAS MANOS</b>                   | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO</b>    | SIN ALTERACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

### CONCEPTO LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES-  
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS.

Observaciones:

#### Tipo de Restricción

#### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

#### Permanente

NO

#### Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

#### Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

Dr. Didier J. Rincon C.  
Médico Especialista en Gerencia  
en Salud Ocupacional  
Res. 11294 C.C. 79.687.876



Lila M.

Médico Especialista en Salud Laboral  
DIDIER RINCON CASTRO  
11294/2017 79687876

Firma y cédula del Paciente  
LILA DEL CARMEN MOTA ORTEGA  
4656582

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS  
NIT: 900615719-1  
11001



## EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR Certificado de aptitud: 1015464160-126547

### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Económica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:**

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                          |                                                      |                        |                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| <b>Fecha y Lugar:</b>    | 15 oct. 2025 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL | <b>Tipo de Examen:</b> | INGRESO                  |
| <b>Paciente:</b>         | MARIA FERNANDA SOLARTE CABRERA                       | <b>Identificación:</b> | 1015464160               |
| <b>Género:</b>           | FEMENINO <b>Edad:</b> 29                             | <b>Teléfono</b>        | <b>Móvil:</b> 3203199151 |
| <b>Fecha Nacimiento:</b> | 23/08/1996                                           | <b>EPS:</b>            | SANITAS S.A.             |
| <b>Estado Civil:</b>     | CASADO(A)                                            | <b>ARL:</b>            | NO REPORTA               |
| <b>Escolaridad:</b>      |                                                      | <b>AFP:</b>            | COLPENSIONES             |
| <b>Dirección</b>         |                                                      | <b>Cargo:</b>          | TRABAJADOR (A) SOCIAL    |
|                          |                                                      | <b>AREA:</b>           | No Reporta               |

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>             | HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, SEGURIDAD VIAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA EXPOSICIÓN A RIESGO, AUTOREPORTE DE CONDICIONES INSEGURAS Y ACCIDENTALIDAD. FOMENTAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL CARGO, LAVADO FRECUENTE DE MANOS,. |
| <b>ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO</b> | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

### CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO.

Observaciones:

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

### Permanente

NO

### Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

### Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistirme de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

**DRA. MARÍA CAROLINA QUIROGA**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN S.O.**  
**RESOLUCIÓN 3993/17-08-2022**

MEDICO ESPECIALISTA S.O.  
MARIA CAROLINA QUIROGA GONZALEZ  
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 52699800  
-- 3993/17-08-2022



Firma y cédula del Paciente  
MARIA FERNANDA SOLARTE CABRERA  
1015464160



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                                 |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | MARIA FERNANDA ROMERO RODRIGUEZ | <b>Número:</b>              | 1019131028                                                                            |
| <b>Identificación:</b>      | CC                              | <b>Edad:</b>                | 28                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1997-06-22                      | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                               | <b>Estrato:</b>             | 3                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | O +                             | <b>Escolaridad:</b>         | POSTGRADO                                                                             |
| <b>Estado civil:</b>        | CASADO                          | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                    | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS COMPENSAR                   | <b>Teléfono:</b>            | 3197917344                                                                            |
| <b>AFP:</b>                 | PORVENIR S.A.                   | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3204074523                                                                            |
| <b>Dirección:</b>           | CALLE 156 # 92 - 64             |                             |                                                                                       |
| <b>Acompañante:</b>         | CONSUELO RODRIGUEZ              |                             |                                                                                       |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |           |                      |               |
|---------------------|-----------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | PSICOLOGA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-26    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR      2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

CONCEPTO      CUMPLE PARA EL CARGO

## RECOMENDACIONES

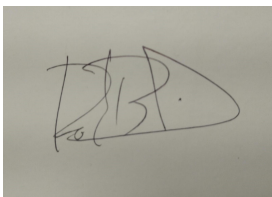
## GENERALES

CONTINUAR MANEJO MEDICO      SI

## OCUPACIONALES

OTRAS      SI  
RECOMENDACIONES ADICIONALES      RECOMENDAMOS FACILITAR ASISTENCIAS A CONSULTAS MÉDICAS PROGRAMADAS.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

MARIA FERNANDA ROMERO RODRIGUEZ  
Documento: 1019131028  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: [administradorips.qpcol@quironprevencion.com](mailto:administradorips.qpcol@quironprevencion.com)

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS  
NIT: 900615719-1  
11001



## EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR Certificado de aptitud: 1019061545-129634

### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Económica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO

**Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                          |                                                     |                        |                          |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| <b>Fecha y Lugar:</b>    | 06 ene 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL | <b>Tipo de Examen:</b> | INGRESO                  |
| <b>Paciente:</b>         | LUZ YENY ALBA SOLANO                                | <b>Identificación:</b> | 1019061545               |
| <b>Género:</b>           | FEMENINO <b>Edad:</b> 34                            | <b>Teléfono</b>        | <b>Móvil:</b> 3196388439 |
| <b>Fecha Nacimiento:</b> | 9/6/1991                                            | <b>EPS:</b>            | SALUD TOTAL S.A. EPS ARS |
| <b>Estado Civil:</b>     | UNIÓN LIBRE                                         | <b>ARL:</b>            | POSITIVA                 |
| <b>Escolaridad:</b>      |                                                     | <b>AFP:</b>            | PORVENIR S.A.            |
| <b>Dirección</b>         |                                                     | <b>Cargo:</b>          | DOCENTE                  |
|                          |                                                     | <b>AREA:</b>           | No Reporta               |

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES

**MEDICINA OCUPACIONAL** USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

**ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO** HIGIENE POSTURAL

### CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO.

Observaciones:

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

### Permanente

NO

### Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

### Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistirme de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

Andrés Montaña Aragón  
MEDICO  
ESP. SALUD OCUPACIONAL  
LIC. 50 11446/2017



MEDICO ESPECIALISTA S.O.  
ANDREA YELITZA MONTAÑO ARAGON  
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1014185266  
- 11446/2017

Firma y cédula del Paciente  
LUZ YENY ALBA SOLANO  
1019061545

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                             |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | LUZ ANGELA AHUMADA GONZALEZ | <b>Número:</b>              | 1015398474                                                                            |
| <b>Identificación:</b>      | CC                          | <b>Edad:</b>                | 38                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1986-12-06                  | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                           | <b>Estrato:</b>             | 3                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | O +                         | <b>Escolaridad:</b>         | UNIVERSITARIO                                                                         |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                     | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS FAMISANAR LTDA          |                             |                                                                                       |
| <b>AFP:</b>                 | PROTECCION S.A.             |                             |                                                                                       |
| <b>Dirección:</b>           | CARRERA 69 L # 65 - 36      | <b>Teléfono:</b>            | 3152835122                                                                            |
| <b>Acompañante:</b>         | BLANCA AHUMADA              | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3025219414                                                                            |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |                        |                      |               |
|---------------------|------------------------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | COORDINADORA EDUCATIVA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-25    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO              | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

### EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR
2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

### CONCEPTO

CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

LUZ ANGELA AHUMADA GONZALEZ  
Documento: 1015398474  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

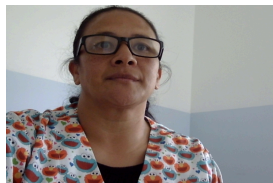
Teléfono:

Email: [administradorips.qpcol@quironprevencion.com](mailto:administradorips.qpcol@quironprevencion.com)



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                           |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | SONIA MIREYA LOPEZ PULIDO | <b>Número:</b>              | 40048387                                                                              |
| <b>Identificación:</b>      | CC                        | <b>Edad:</b>                | 45                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1980-02-28                | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                         | <b>Estrato:</b>             | 2                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | B +                       | <b>Escolaridad:</b>         | TECNICO                                                                               |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                   | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.              | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS FAMISANAR LTDA        |                             | 3209458074                                                                            |
| <b>AFP:</b>                 | COLFONDOS                 | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3118655967                                                                            |
| <b>Dirección:</b>           | CARRERA 97 B # 157 A 02   |                             |                                                                                       |
| <b>Acompañante:</b>         | MARIA LOPEZ               |                             |                                                                                       |

## DATOS DE LA EMPRESA

|                             |                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Empresa:</b>             | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA                   |
| <b>Actividad Economica:</b> | 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO |
| <b>Ciudad:</b>              | BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.                                           |

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |           |                      |               |
|---------------------|-----------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | FORMADORA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-26    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

## EXAMENES REALIZADOS

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL |
|--------------------------|----------------------------------|

## CONCEPTO

|          |                                   |
|----------|-----------------------------------|
| CONCEPTO | CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO |
|----------|-----------------------------------|

## RECOMENDACIONES

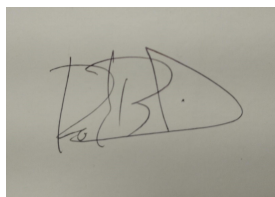
## GENERALES

|                             |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| REMISION A EPS              | SI                                  |
| OBSERVACIONES               | VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EPS |
| CONTROL DE PESO Y NUTRICION | SI                                  |

## OCUPACIONALES

|                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| INGRESO PVE              | SI                      |
| OBSERVACIONES            | CARDIOVASCULAR Y VISUAL |
| USO DE CORRECCION VISUAL | SI                      |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

SONIA MIREYA LOPEZ PULIDO  
Documento: 40048387  
Firma del trabajador



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                                    |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | LIGIA CONSTANZA GONZALEZ CASTAÑEDA | <b>Número:</b>              | 46678344                                                                              |
| <b>Identificación:</b>      | CC                                 | <b>Edad:</b>                | 48                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1977-01-12                         | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                                  | <b>Estrato:</b>             | 4                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | A +                                | <b>Escolaridad:</b>         | UNIVERSITARIO                                                                         |
| <b>Estado civil:</b>        | CASADO                             | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                       | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS COMPENSAR                      | <b>Teléfono:</b>            | 3133225625                                                                            |
| <b>AFP:</b>                 | COLPENSIONES                       | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3114554217                                                                            |
| <b>Dirección:</b>           | CALLE 152 C # 72 - 65              |                             |                                                                                       |
| <b>Acompañante:</b>         | ALEJANDRO MORENO                   |                             |                                                                                       |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |                      |                      |               |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | PROFESIONAL DEL AREA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-26    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO            | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR      2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

CONCEPTO      CUMPLE PARA EL CARGO

## RECOMENDACIONES

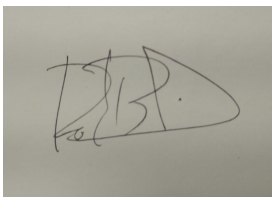
## GENERALES

CONTINUAR MANEJO MEDICO      SI

## OCUPACIONALES

INGRESO PVE      SI  
OBSERVACIONES      OSTEOMUSCULAR

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



Ligia Gonzalez



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

LIGIA CONSTANZA GONZALEZ CASTAÑEDA  
Documento: 46678344  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                             |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | LEIDY JOHANNA ALONSO PRIETO | <b>Número:</b>              | 1010224458                                                                            |
| <b>Identificación:</b>      | CC                          | <b>Edad:</b>                | 30                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1995-09-28                  | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                           | <b>Estrato:</b>             | 2                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | O +                         | <b>Escolaridad:</b>         | UNIVERSITARIO                                                                         |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                     | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS COMPENSAR               |                             |                                                                                       |
| <b>AFP:</b>                 | PORVENIR S.A.               |                             |                                                                                       |
| <b>Dirección:</b>           | DIAGONAL 139 A # 127 A 06   | <b>Teléfono:</b>            | 3219753072                                                                            |
| <b>Acompañante:</b>         | ANGELICA PRIETO             | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3144660805                                                                            |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |                    |                      |               |
|---------------------|--------------------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | TRABAJADORA SOCIAL | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-26    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO          | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

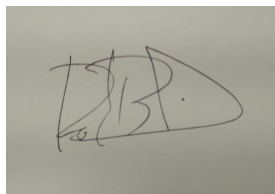
## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR      2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

CONCEPTO      CUMPLE PARA EL CARGO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



Johanna Alonso



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

LEIDY JOHANNA ALONSO PRIETO  
Documento: 1010224458  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: [administradorips.qpcol@quironprevencion.com](mailto:administradorips.qpcol@quironprevencion.com)

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS  
NIT: 900615719-1  
11001



## EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR Certificado de aptitud: 1053006001-119331

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                                          |                                                       |                        |                                          |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|
| <b>Fecha y Lugar:</b>                    | 15 may. 2025 - BOGOTA D.C                             | <b>Tipo de Examen:</b> | INGRESO                                  |
| <b>Paciente:</b>                         | KERLYS JOHANA BALDOVINO CARPIO                        | <b>Identificación:</b> | 1053006001                               |
| <b>Género:</b>                           | FEMENINO <b>Edad:</b> 26                              | <b>Teléfono</b>        | <b>Móvil:</b> 3006145243                 |
| <b>Fecha Nacimiento:</b>                 | 17/09/1998                                            | <b>Cargo:</b>          | NUTRICIONISTA                            |
| <b>Estado Civil:</b>                     | SOLTERO(A)                                            | <b>EPS:</b>            | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO |
| <b>Dirección:</b>                        | EL RECODO                                             | <b>ARL:</b>            | POSITIVA                                 |
| <b>Escolaridad:</b>                      | UNIVERSITARIO                                         | <b>AFP:</b>            | PORVENIR S.A.                            |
| <b>Empresa:</b>                          | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA   | <b>AREA:</b>           | No Reporta                               |
| <b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b> | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA - |                        |                                          |

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>             | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL<br>USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL<br>REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE<br>USO DE BLOQUEADOR SOLAR PARA ACTIVIDADES EN QUE EXISTA EXPOSICION A LUZ SOLAR<br>CONTROL MEDICO RUTINA EPS |
| <b>ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO</b> | SIN ALTERACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

### CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO.

Observaciones:

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

### Permanente

NO

### Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

### Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

Dr. Didier J. Rincon C.  
Médico Especialista en Gerencia  
en Salud Ocupacional  
Res. 11294 C.C. 79.687.876



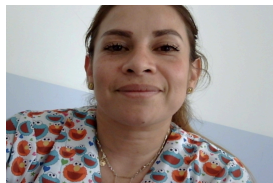
Médico Especialista en Salud Laboral  
DIDIER RINCON CASTRO  
11294/2017 79687876

Firma y cédula del Paciente  
KERLYS JOHANA BALDOVINO CARPIO  
1053006001



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                                 |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | KAROL FERNANDA HERRERA CARVAJAL | <b>Número:</b>              | 26422834                                                                              |
| <b>Identificación:</b>      | CC                              | <b>Edad:</b>                | 41                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1984-09-10                      | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                               | <b>Estrato:</b>             | 3                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | O +                             | <b>Escolaridad:</b>         | TECNICO                                                                               |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                         | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                    | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS COMPENSAR                   | <b>Teléfono:</b>            | 3115896396                                                                            |
| <b>AFP:</b>                 | PORVENIR S.A.                   | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3208240706                                                                            |
| <b>Dirección:</b>           | CALLE 173 # 19 - 75             |                             |                                                                                       |
| <b>Acompañante:</b>         | JUAN HERRERA                    |                             |                                                                                       |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |           |                      |               |
|---------------------|-----------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | FORMADORA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-25    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR      2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

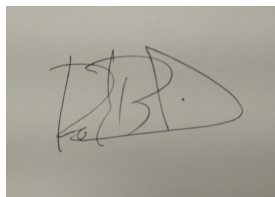
CONCEPTO      CUMPLE PARA EL CARGO

## RECOMENDACIONES

## OCUPACIONALES

|                             |                                                                            |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| OTRAS                       | SI                                                                         |
| RECOMENDACIONES ADICIONALES | USO DE MEDIAS ELÁSTICAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN INDICADAS POR EL TRATANTE |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



Karol L



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

KAROL FERNANDA HERRERA CARVAJAL  
Documento: 26422834  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

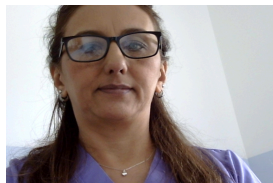
Teléfono:

Email: [administradorips.qpcol@quironprevencion.com](mailto:administradorips.qpcol@quironprevencion.com)



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                           |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | RUTH EDILMA GOMEZ MALAVER | <b>Número:</b>              | 20796201                                                                              |
| <b>Identificación:</b>      | CC                        | <b>Edad:</b>                | 59                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1966-09-19                | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                         | <b>Estrato:</b>             | 2                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | A +                       | <b>Escolaridad:</b>         | BACHILLER                                                                             |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                   | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.              | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS COMPENSAR             |                             |                                                                                       |
| <b>AFP:</b>                 | COLPENSIONES              |                             |                                                                                       |
| <b>Dirección:</b>           | CARRERA 114 # 151 D 52    | <b>Teléfono:</b>            | 3133652717                                                                            |
| <b>Acompañante:</b>         | FERNANDA ACOSTA           | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3228256804                                                                            |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |                                 |                      |               |
|---------------------|---------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-26    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO                       | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR      2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

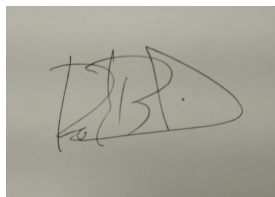
## CONCEPTO

CONCEPTO      CUMPLE PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES  
OCUPACIONALES

|               |               |
|---------------|---------------|
| INGRESO PVE   | SI            |
| OBSERVACIONES | OSTEOMUSCULAR |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

RUTH EDILMA GOMEZ MALAVER  
Documento: 20796201  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



**Nombres y Apellidos:** GLADYS FABIOLA CASAS  
**Identificación:** CC  
**Fecha de Nacimiento:** 1981-09-02  
**Género:** F  
**RH:** O +  
**Estado civil:** UNIÓN LIBRE  
**Departamento:** BOGOTÁ, D.C.  
**EPS:** EPS COMPENSAR  
**AFP:** PORVENIR S.A.

**Número:** 52928492  
**Edad:** 44  
**Identidad de Género:** FEMENINO  
**Estrato:** 2  
**Escolaridad:** TECNICO  
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.  
**ARL:** COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA  
**Dirección:** CARRERA 97 # 157 B 02  
**Acompañante:** OSCAR MUÑOZ  
**Teléfono:** 3133103218  
**Tel. Acompañante:** 3213590133

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

**CARGO:** FORMADORA DIURNA  
**TIPO EXAMEN:** PERIODICO  
**FECHA EXAMEN:** 2025-11-26  
**ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

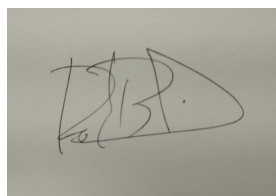
## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR 2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

GLADYS FABIOLA CASAS  
Documento: 52928492  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                              |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | GEISELLA PAOLA PATIÑO ACOSTA | <b>Número:</b>              | 1193028989                                                                            |
| <b>Identificación:</b>      | CC                           | <b>Edad:</b>                | 26                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1999-03-03                   | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                            | <b>Estrato:</b>             | 2                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | A +                          | <b>Escolaridad:</b>         | TECNICO                                                                               |
| <b>Estado civil:</b>        | CASADO                       | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                 | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS NUEVA                    |                             |                                                                                       |
| <b>AFP:</b>                 | PORVENIR S.A.                |                             |                                                                                       |
| <b>Dirección:</b>           | CALLE 130 B # 103 A 15       | <b>Teléfono:</b>            | 3015549406                                                                            |
| <b>Acompañante:</b>         | ROBERTO TORREGROZA           | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3023836398                                                                            |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |                        |                      |               |
|---------------------|------------------------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | AUXILIAR DE ENFERMERIA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-25    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO              | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

### EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR
2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

### CONCEPTO

CONCEPTO CUMPLE PARA EL CARGO

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

|               |               |
|---------------|---------------|
| INGRESO PVE   | SI            |
| OBSERVACIONES | OSTEOMUSCULAR |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

GEISELLA PAOLA PATIÑO ACOSTA  
Documento: 1193028989  
Firma del trabajador



Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                        |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | FLORICENE PABON REAL   | <b>Número:</b>              | 1074960761                                                                            |
| <b>Identificación:</b>      | CC                     | <b>Edad:</b>                | 30                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1995-04-16             | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                      | <b>Estrato:</b>             | 2                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | A +                    | <b>Escolaridad:</b>         | TECNICO                                                                               |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.           | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS SANITAS SA         |                             |                                                                                       |
| <b>AFP:</b>                 | PORVENIR S.A.          |                             |                                                                                       |
| <b>Dirección:</b>           | CARRERA 142 # 139 - 35 | <b>Teléfono:</b>            | 3228796533                                                                            |
| <b>Acompañante:</b>         | FLOR PABON             | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3204703963                                                                            |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |           |                      |               |
|---------------------|-----------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | FORMADORA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-26    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR      2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

CONCEPTO      CUMPLE PARA EL CARGO

## RECOMENDACIONES

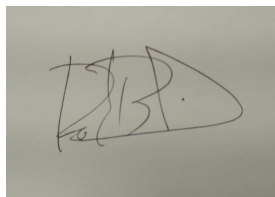
## GENERALES

REMISION A EPS      SI  
OBSERVACIONES      ORTOPEDIA EPS

## OCUPACIONALES

INGRESO PVE      SI  
OBSERVACIONES      OSTEOMUSCULAR

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



Floricene Pabon R



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

FLORICENE PABON REAL  
Documento: 1074960761  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: [administradorips.qpcol@quironprevencion.com](mailto:administradorips.qpcol@quironprevencion.com)



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                            |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | EDILMA MILENA CALAO BEDOYA | <b>Número:</b>              | 50953747                                                                              |
| <b>Identificación:</b>      | CC                         | <b>Edad:</b>                | 50                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1975-05-22                 | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                          | <b>Estrato:</b>             | 2                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | O +                        | <b>Escolaridad:</b>         | TECNICO                                                                               |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                    | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.               | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS SURA                   | <b>Teléfono:</b>            | 3136750996                                                                            |
| <b>AFP:</b>                 | PORVENIR S.A.              | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3209240458                                                                            |
| <b>Dirección:</b>           | CALLE 139 # 149 - 09       |                             |                                                                                       |
| <b>Acompañante:</b>         | ADRIANA TUIRAN             |                             |                                                                                       |

## DATOS DE LA EMPRESA

|                             |                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Empresa:</b>             | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA                   |
| <b>Actividad Economica:</b> | 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO |
| <b>Ciudad:</b>              | BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.                                           |

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |                        |                      |               |
|---------------------|------------------------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | AUXILIAR DE ENFERMERIA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-25    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO              | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

## EXAMENES REALIZADOS

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL |
|--------------------------|----------------------------------|

## CONCEPTO

|          |                      |
|----------|----------------------|
| CONCEPTO | CUMPLE PARA EL CARGO |
|----------|----------------------|

## RECOMENDACIONES

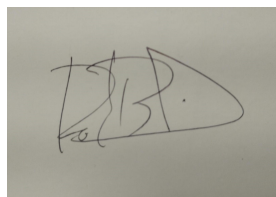
## GENERALES

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| CONTINUAR MANEJO MEDICO     | SI |
| CONTROL DE PESO Y NUTRICION | SI |

## OCUPACIONALES

|                             |                                                                            |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| INGRESO PVE                 | SI                                                                         |
| OBSERVACIONES               | OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR                                             |
| OTRAS                       | SI                                                                         |
| RECOMENDACIONES ADICIONALES | USO DE MEDIAS ELÁSTICAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN INDICADAS POR EL TRATANTE |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



Firma



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

EDILMA MILENA CALAO BEDOYA  
Documento: 50953747  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                                   |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | CLAUDIA MILENA QUIÑONES CONTRERAS | <b>Número:</b>              | 52810345                                                                              |
| <b>Identificación:</b>      | CC                                | <b>Edad:</b>                | 43                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1982-01-03                        | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                                 | <b>Estrato:</b>             | 3                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | A +                               | <b>Escolaridad:</b>         | UNIVERSITARIO                                                                         |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                           | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                      | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS FAMISANAR LTDA                |                             |                                                                                       |
| <b>AFP:</b>                 | PROTECCION S.A.                   |                             |                                                                                       |
| <b>Dirección:</b>           | CARRERA 119 # 77 - 50             | <b>Teléfono:</b>            | 3175103144                                                                            |
| <b>Acompañante:</b>         | MARTHA CONTRERAS                  | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3162503694                                                                            |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |                    |                      |               |
|---------------------|--------------------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | JEFE DE ENFERMERIA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-25    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO          | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR      2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

CONCEPTO      CUMPLE PARA EL CARGO

## RECOMENDACIONES

## GENERALES

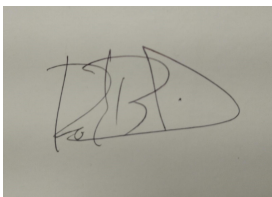
CONTROL DE PESO Y NUTRICION      SI

## OCUPACIONALES

OTRAS      SI

RECOMENDACIONES ADICIONALES      USO DE MEDIAS ELÁSTICAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN INDICADAS POR EL TRATANTE

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



CLAUDIA MILENA QUIÑONES CONTRERAS



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

CLAUDIA MILENA QUIÑONES CONTRERAS  
Documento: 52810345  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: [administradorips.qpcol@quironprevencion.com](mailto:administradorips.qpcol@quironprevencion.com)



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                             |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | INGRID XIMENA BUSTOS TRIANA | <b>Número:</b>              | 1020796120                                                                            |
| <b>Identificación:</b>      | CC                          | <b>Edad:</b>                | 31                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1994-08-24                  | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                           | <b>Estrato:</b>             | 2                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | A +                         | <b>Escolaridad:</b>         | TECNICO                                                                               |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                     | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS FAMISANAR LTDA          |                             |                                                                                       |
| <b>AFP:</b>                 | PROTECCION S.A.             |                             |                                                                                       |
| <b>Dirección:</b>           | CALLE 136 # 158 B 03        | <b>Teléfono:</b>            | 3196266901                                                                            |
| <b>Acompañante:</b>         | LUISA TRIANA                | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3166228029                                                                            |

## DATOS DE LA EMPRESA

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Economica:** 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |           |                      |               |
|---------------------|-----------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | FORMADORA | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-26    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

## EXAMENES REALIZADOS

1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR      2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

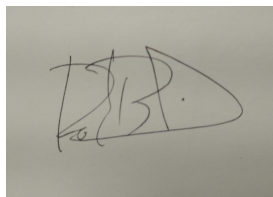
CONCEPTO      CUMPLE PARA EL CARGO

## RECOMENDACIONES

## GENERALES

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| CONTINUAR MANEJO MEDICO     | SI |
| CONTROL DE PESO Y NUTRICION | SI |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

INGRID XIMENA BUSTOS TRIANA  
Documento: 1020796120  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: administradorips.qpcol@quironprevencion.com

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS  
NIT: 900615719-1  
11001



## EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR Certificado de aptitud: 35163202-122416

### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

**Empresa:** FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA  
**Actividad Económica:**

**Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:**

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                          |                                                     |                        |                          |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| <b>Fecha y Lugar:</b>    | 16 jul 2025 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL | <b>Tipo de Examen:</b> | PERIODICO                |
| <b>Paciente:</b>         | DIANA CECILIA BRAVO NARANJO                         | <b>Identificación:</b> | 35163202                 |
| <b>Género:</b>           | MASCULINO <b>Edad:</b> 48                           | <b>Teléfono:</b>       | <b>Móvil:</b> 3046005938 |
| <b>Fecha Nacimiento:</b> | 27/1/1977                                           | <b>EPS:</b>            | SANITAS S.A.             |
| <b>Estado Civil:</b>     | UNIÓN LIBRE                                         | <b>ARL:</b>            | SURA                     |
| <b>Escolaridad:</b>      |                                                     | <b>AFP:</b>            | COLPENSIONES             |
| <b>Dirección:</b>        |                                                     | <b>Cargo:</b>          | AUXILIAR DE ALIMENTOS    |
|                          |                                                     | <b>AREA:</b>           | No Reporta               |

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>                | SE DAN RECOMENDACIONES EVITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE MUÑECAS Y MANOS, EVITAR LEVANTAR, EMPUJAR O HALAR CARGAS SUPERIORES A 3 KG CON LA MANO AFECTADA O 6 KG BIMANUAL, EVITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS O POSTURAS FORZADAS DEL HOMBRO AFECTADO, EVITAR MOVIMIENTOS DE LEVANCION DEL BRAZO POR ENCIMA DDEL NIVEL DEL HOMBRO. CONTROL MEDICINA ESPECIALIZADA. INGRESAR SVE OSTEOMUSCULAR. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS. |
| <b>CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>COPROLOGICO</b>                         | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>FROTIS FARINGEO</b>                     | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>KOH DE UÑAS MANOS</b>                   | NORMAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO</b>    | HIGIENE POSTURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

### CONCEPTO LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES.  
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS.

Observaciones:

| Tipo de Restricción                                                                    | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------|
| NO                                                                                     |                                          |            |
| Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción |                                          |            |
| OSTEOMUSCULAR                                                                          | -                                        | SVE        |
| Información de Remisiones                                                              |                                          |            |
| NUTRICION                                                                              |                                          |            |
| ORTOPEDIA                                                                              |                                          |            |

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

Dr. Didier J. Rincon C.  
Medico Especialista en Gerencia  
en Salud Ocupacional  
Res. 11294 C.C. 79.687.876



Diana Bravo

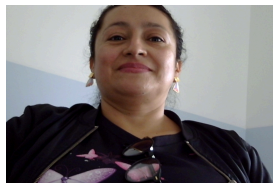
MEDICO ESPECIALISTA S.O.  
DIDIER RINCON CASTRO  
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 79687876  
79687876 - 11294/2017

Firma y cédula del Paciente  
DIANA CECILIA BRAVO NARANJO  
35163202



900592369-6

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                             |                              |                             |                                                                                       |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos:</b> | BLANCA CECILIA VIAFARA BUENO | <b>Número:</b>              | 52951032                                                                              |
| <b>Identificación:</b>      | CC                           | <b>Edad:</b>                | 45                                                                                    |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> | 1980-10-26                   | <b>Identidad de Género:</b> | FEMENINO                                                                              |
| <b>Género:</b>              | F                            | <b>Estrato:</b>             | 2                                                                                     |
| <b>RH:</b>                  | O +                          | <b>Escolaridad:</b>         | UNIVERSITARIO                                                                         |
| <b>Estado civil:</b>        | SOLTERO                      | <b>Ciudad:</b>              | BOGOTA, D.C.                                                                          |
| <b>Departamento:</b>        | BOGOTÁ, D.C.                 | <b>ARL:</b>                 | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| <b>EPS:</b>                 | EPS FAMISANAR LTDA           |                             |                                                                                       |
| <b>AFP:</b>                 | PORVENIR S.A.                |                             |                                                                                       |
| <b>Dirección:</b>           | CARRERA 96 A # 156 C 28      | <b>Teléfono:</b>            | 3137015230                                                                            |
| <b>Acompañante:</b>         | GLORIA BUENO                 | <b>Tel. Acompañante:</b>    | 3143504610                                                                            |

## DATOS DE LA EMPRESA

|                             |                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Empresa:</b>             | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA                   |
| <b>Actividad Economica:</b> | 8790 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO |
| <b>Ciudad:</b>              | BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.                                           |

## INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

|                     |                                 |                      |               |
|---------------------|---------------------------------|----------------------|---------------|
| <b>CARGO:</b>       | COORDINADORA DE CUIDADO DIRECTO | <b>FECHA EXAMEN:</b> | 2025-11-26    |
| <b>TIPO EXAMEN:</b> | PERIODICO                       | <b>ENFASIS:</b>      | OSTEOMUSCULAR |

## EXAMENES REALIZADOS

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 2. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL |
|--------------------------|----------------------------------|

## CONCEPTO

|          |                                   |
|----------|-----------------------------------|
| CONCEPTO | CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO |
|----------|-----------------------------------|

## RECOMENDACIONES

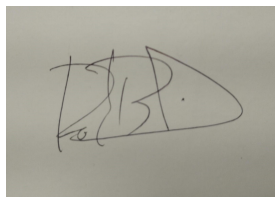
## GENERALES

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| CONTINUAR MANEJO MEDICO     | SI |
| CONTROL DE PESO Y NUTRICION | SI |

## OCUPACIONALES

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| INGRESO PVE   | SI                             |
| OBSERVACIONES | OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



Blanca Viafara



ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL  
1024455  
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL  
12/01/2023  
Firma y sello del médico evaluador

BLANCA CECILIA VIAFARA BUENO  
Documento: 52951032  
Firma del trabajador

Sede: EXTRAMURAL 1

Dirección:

Teléfono:

Email: [administradorips.qpcol@quironprevencion.com](mailto:administradorips.qpcol@quironprevencion.com)

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS  
NIT: 900615719-1  
11001



**MANIPULADOR DE ALIMENTOS**  
Certificado de aptitud: 1070813953-121133

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                                          |                                                       |                        |                          |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| <b>Fecha y Lugar:</b>                    | 20 jun. 2025 - BOGOTA D.C                             | <b>Tipo de Examen:</b> | INGRESO                  |
| <b>Paciente:</b>                         | YANDIRA DELCARMEN BARRERA MARTINEZ                    | <b>Identificación:</b> | 1070813953               |
| <b>Género:</b>                           | FEMENINO <b>Edad:</b> 36                              | <b>Teléfono:</b>       | <b>Móvil:</b> 3135228360 |
| <b>Fecha Nacimiento:</b>                 | 16/2/1989                                             | <b>Cargo:</b>          | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |
| <b>Estado Civil:</b>                     | SOLTERO(A)                                            | <b>EPS:</b>            | SISBEN                   |
| <b>Dirección:</b>                        | CL139B NO118 80                                       | <b>ARL:</b>            | NO REPORTA               |
| <b>Escolaridad:</b>                      | BACHILLERATO                                          | <b>AFP:</b>            | PROTECCION S.A.          |
| <b>Empresa:</b>                          | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA   | <b>AREA:</b>           | No Reporta               |
| <b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b> | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA - |                        |                          |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

|                                         |                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>             | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL CARGO, LAVADO FRECUENTE DE MANOS,. |
| <b>ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO</b> | HIGIENE POSTURAL                                                                                                                                    |

## CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO.

Observaciones:

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

### Permanente

NO

### Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

## Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

  
Andrea Yelitza Montaña Aragon  
MEDICO  
ESP. SALUD OCUPACIONAL  
LIC. 5011446/2017

Médico Especialista en Salud Laboral  
ANDREA YELITZA MONTAÑO ARAGON  
11446/2017



Yandira B.

Firma y cédula del Paciente  
YANDIRA DELCARMEN BARRERA MARTINEZ  
1070813953

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS  
NIT: 900615719-1  
11001

## EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR Certificado de aptitud: 1016051988-119356

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                                          |                                                     |                        |                          |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| <b>Fecha y Lugar:</b>                    | 15 may. 2025 - BOGOTA D.C                           | <b>Tipo de Examen:</b> | INGRESO                  |
| <b>Paciente:</b>                         | ANDREA DEL PILAR ROMERO MORALES                     | <b>Identificación:</b> | 1016051988               |
| <b>Género:</b>                           | FEMENINO <b>Edad:</b> 32                            | <b>Teléfono</b>        | <b>Móvil:</b> 3193372450 |
| <b>Fecha Nacimiento:</b>                 | 9/01/1993                                           | <b>Cargo:</b>          | PSICOLOGO (A)            |
| <b>Estado Civil:</b>                     | SOLTERO(A)                                          | <b>EPS:</b>            | SANITAS S.A.             |
| <b>Dirección</b>                         | CARRERA 109A #81A-80 CASA 6                         | <b>ARL:</b>            | NO REPORTA               |
| <b>Escolaridad:</b>                      | ESPECIALIZACION                                     | <b>AFP:</b>            | PROTECCION S.A.          |
| <b>Empresa</b>                           | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA | <b>AREA:</b>           | No Reporta               |
| <b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b> | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA |                        |                          |

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>             | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL<br>USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL<br>REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL<br>REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE<br>USO DE BLOQUEADOR SOLAR PARA ACTIVIDADES EN QUE EXISTA EXPOSICION A LUZ SOLAR<br>CONTROL MEDICO RUTINA EPS<br>MANTENER PESO SALUDABLE<br>USO DE LENTES PARA LABORAR |
| <b>ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO</b> | SIN ALTERACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

### CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES .

Observaciones:

#### Tipo de Restricción

#### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

#### Permanente

NO

#### Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

#### Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

Dr. Didier J. Rincon C.  
Médico Especialista en Gerencia  
en Salud Ocupacional  
Res. 11294 C.C. 79.687.876



Médico Especialista en Salud Laboral  
DIDIER RINCON CASTRO  
11294/2017 79687876

Firma y cédula del Paciente  
ANDREA DEL PILAR ROMERO MORALES  
1016051988