



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 393351110589828

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

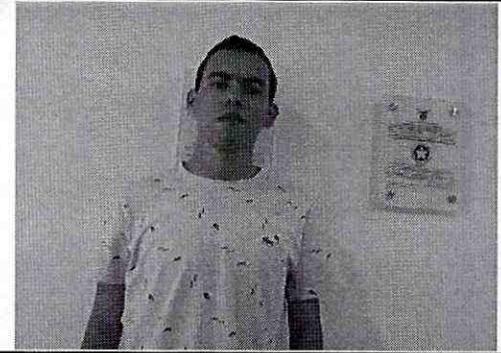
FECHA:2022-05-13

NOMBRE: FABIAN ESTEBAN PARAMO VEGA

C.C: 1110589828

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRIA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACION DE EPP:SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:  
ERGONOMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1110491860  
C.E. 557.73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Fabian Paramo*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE  
ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU  
CERTIFICADO

C.C: 1110589828



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 393251110476666

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-13

NOMBRE: ELVIA LUCIA PEDREROS

C.C: 1110476666

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACIÓN DE EPP:SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:  
ERGONOMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGÍA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1110491860  
TIC 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Elvia Lucia Pedreros*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU  
CERTIFICADO

C.C: 1110476666



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
☎ 2 67 6901  
☎ 316 224 7199 - 316 629 8211  
✉ USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 393381110565703

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

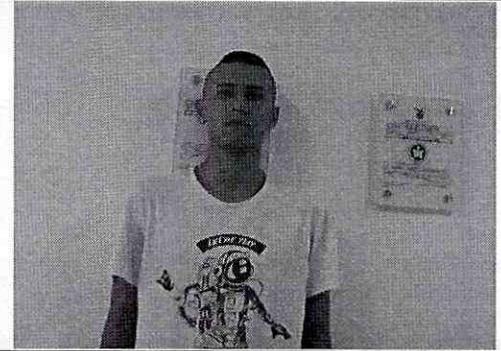
FECHA: 2022-05-13

NOMBRE: CRISTIAN FELIPE RAMIREZ MOLINA

C.C: 1110565703

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS: NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE: (O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION: APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS: SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL: SI UTILIZACIÓN DE EPP: SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM: SI

INCLUIR EL SVE:  
ERGONÓMICO: SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2). REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGÍA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
NIT: 1.110.491.860  
NIT: 1.110.491.860  
NIT: 1.110.491.860



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Cristian Ramirez*

REGISTRO DEL PROFESIONAL: RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1110565703



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 393801335279561

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-14

NOMBRE: CRISTIAN CAMILO TORRES BOTERO

C.C: 1335279561

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO:SI / QUÍMICO:SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1335279561  
TIC 451 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*CC CB*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1335279561



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 393531110586382

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-13

NOMBRE: BRAYAN STIVEN MOLINA ROMERO

C.C: 1110586382

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:  
ERGONOMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
M.Z. 8 CALATAYUD  
NIT: 7.700.841  
C.C: 1110586382



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Brayan Molina*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1110586382



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 393341075296536

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO  
FECHA: 2022-05-13

NOMBRE: ANDRES FELIPE CAMELO QUINTANA  
C.C: 1075296536

CARGO: AYUDANTE  
CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS: NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE: (O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO  
ANOTACION: APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS: SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL: SI UTILIZACIÓN DE EPP: SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM: SI

INCLUIR EL SVE:  
VISUAL: SI / ERGONÓMICO: SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO  
1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.  
2). REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.  
3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.  
4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON  
  
*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1.110.491.860  
LIC. SST. 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR  
  
*Andres Camelo*

REGISTRO DEL PROFESIONAL: RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1075296536



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

202  
© MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
☎ 2 67 6901  
☎ 316 224 7199 - 316 629 8211  
✉ USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 393261110462082

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

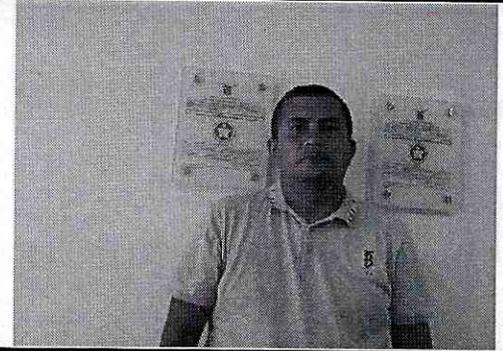
FECHA:2022-05-13

NOMBRE: ANDERSON BOCANEGRA ROMERO

C.C: 1110462082

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACION DE EPP:SI

DIETA:SI  
EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / ERGONOMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO PCR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP EN SST  
NIT 1.110.491.860  
C.C. SST 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Anderson Bocanegra Romero*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1110462082

2023



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 394941234642203

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-17

NOMBRE: MARCO ANTONIO ACOSTA FRANKLIN

C.C: 1234642203

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(B+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACIÓN DE EPP:SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO:SI / QUÍMICO:SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
BML 110491860  
TC 657 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*[Handwritten signature]*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1234642203



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 394091111201293

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-16

NOMBRE: ANA MARIA VEGA BOHORQUEZ

C.C: 1111201293

CARGO: AUXILIAR SST

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACION DE EPP:SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1.110.491.860  
HC-551-73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Ana Maria Vega*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1111201293



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 394671110587499

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-17

NOMBRE: JEAN CARLO NIVIA CUBIDES

C.C: 1110587499

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:  
ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MEDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
MIL. N. 1110491860  
HC 551 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Jean Carlo Nivia Cubides*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1110587499



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 394801110553913

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-17

NOMBRE: MARIA ALEJANDRA RAMIREZ GOMEZ

C.C: 1110553913

CARGO: OFICIOS VARIOS

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:  
NINGUNO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGÍA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1110491860  
M.C. 557 23483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Maria Alejandra Ramirez G.*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU  
CERTIFICADO

C.C: 1110553913



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 394981110534489

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-17

NOMBRE: ERIKA ANDREA SIERRA RINCON

C.C: 1110534489

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO:SI / QUÍMICO:SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1110491860  
TIC 657 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

ERIKA A SIERRA R

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE  
ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU  
CERTIFICADO

C.C: 1110534489



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 394761110524207

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-17

NOMBRE: JULIAN ANTONIO LOPEZ ESCOBAR

C.C: 1110524207

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(A+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACION DE EPP:SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:  
ERGONOMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MEDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
NIT. 1.110.491.860  
TIC-EST. 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Julian Lopez Escobar*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1110524207



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 394301110459665

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

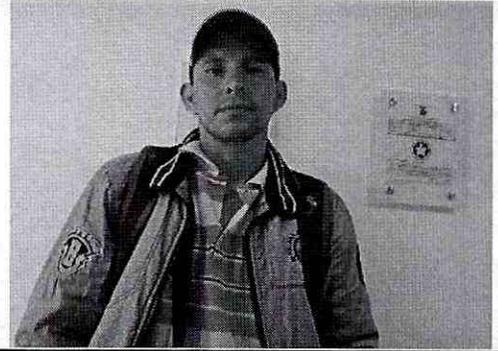
FECHA:2022-05-16

NOMBRE: JACKSON MANUEL CASTILLO GONZALEZ

C.C: 1110459665

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(A+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACION DE EPP:SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:  
ERGONOMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DIAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MEDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1.110.491.860  
HC-551-73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Jackson M. Castillo*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1110459665

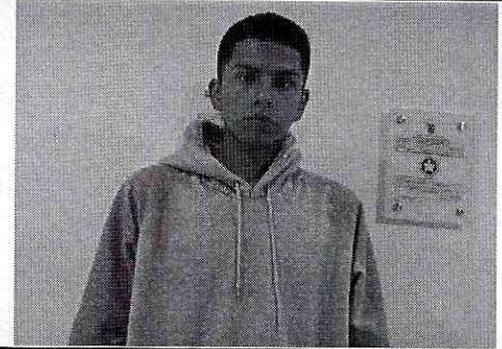


DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 394151108828329

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-16

NOMBRE: HAINOBER QUIÑONES CANACUE

C.C: 1108828329

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACIÓN DE EPP:SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:  
ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORIZO POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

Gabriel A. Meneses Varón  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
RM 1110491860  
TE 667 73283



FIRMA DEL TRABAJADOR

Hainober Q.

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE  
ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU  
CERTIFICADO

C.C: 1108828329



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 394641104544424

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

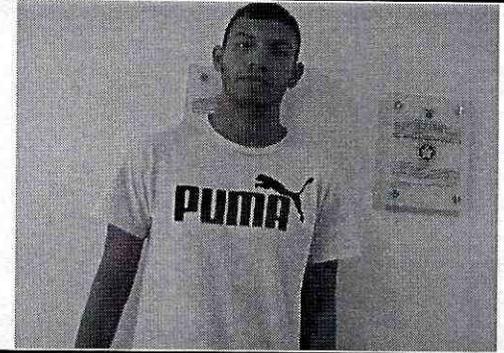
FECHA:2022-05-17

NOMBRE: DYLAN CAMILO ARCINIEGAS GUERRA

C.C: 1104544424

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(A+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO:SI / QUÍMICO:SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 110491860  
TIC-EST 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Dylan Arciniegas*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1104544424

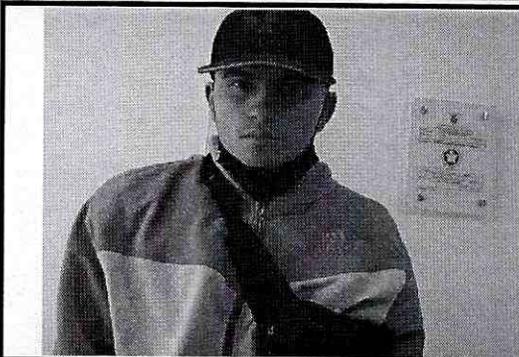


DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 394811007384836

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-17

NOMBRE: JOHAN SEBASTIAN ROBAYO RAMIREZ

C.C: 1007384836

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACIÓN DE EPP:SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO:SI / QUÍMICO:SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2). REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1110491860  
NIT. 557 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Sebastian Robayo*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1007384836



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 395081005839250

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-17

NOMBRE: YAIR ALEXANDER GALINDO SIERRA

C.C: 1005839250

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
SPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(A+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACION DE EPP:SI

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / ERGONOMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPE TE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:

GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1110491860  
HC-457-73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Yair Alexander Galindo Sierra*

REGISTRO DEL PROFESIONAL.RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 1005839250



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 395021005827488

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-17

NOMBRE: MAIRA ALEJANDRA PILIDO PIEDRAHITA

C.C: 1005827488

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

NO HAY HABITOS OCUPACIONALES

EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO:SI / QUÍMICO:SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1.110.491.860  
NIT. 7.700.841



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Maira Pilido*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE  
ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU  
CERTIFICADO

C.C: 1005827488



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 3941496805219

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-16

NOMBRE: FERNANDO ROJAS LOZANO

C.C: 96805219

CARGO: COORDINADOR DE TANQUES

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACIÓN DE EPP:SI

DIETA:SI  
EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / ERGONOMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1.110.491.860  
TIC- SST 23483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Fernando Rojas Lozano*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 96805219

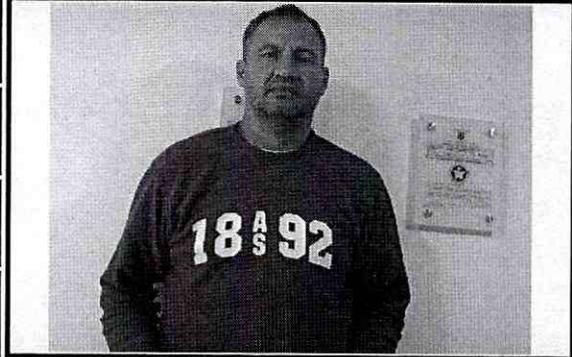


DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
☎ 2 67 6901  
☎ 316 224 7199 - 316 629 8211  
✉ USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 3946193412608

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-17

NOMBRE: OSCAR DARIO ARCINIEGAS AVILA

C.C: 93412608

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(A+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CURSO DE ALTURAS

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	DIETA:SI EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO:SI / QUÍMICO:SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

PACIENTE APTO PARA CURSO DE ALTURAS

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE ENTRENAMIENTO.
- 2). REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGÍA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU INSTRUCTOR.
- 3) INSPECCIONAR ANTES, DURANTE Y DESPUÉS, LAS CONDICIONES DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS. ASIMISMO TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS EN CASO DE HALLAR SEÑALES DE DESGASTE INUSUALES O QUE INDIQUEN EL FIN DE SU VIDA ÚTIL

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

Gabriel A. Meneses Varón  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1110491860  
110-551-73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*[Handwritten signature of Oscar Dario Arciniegas Avila]*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 93412608



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

217

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 3950185766624

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2022-05-17

NOMBRE: JACQUELINE BOLAÑOS

C.C: 65766624

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(A+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:

OCUPACIONALES:

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

REMISION A EPS: NO APLICA  
REMISION A ARL: NO APLICA

HIGINE POSTURAL:SI  
UTILIZACION DE EPP:SI

DIETA:SI  
EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:

VISUAL: SI / AUDITIVO:SI / QUÍMICO:SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2). REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1.110.491.860  
C.E. SST 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Jacqueline Bolaños*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU CERTIFICADO

C.C: 65766624



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

📍 MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
☎ 2 67 6901  
📞 316 224 7199 - 316 629 8211  
✉ USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 3946239363587

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA: 2022-05-17

NOMBRE: ANIA PAOLA GUERRA TRUJILLO

C.C: 39363587

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS: NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE: (O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION: APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS: SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL: SI UTILIZACIÓN DE EPP: SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM: SI

INCLUIR EL SVE:  
ERGONÓMICO: SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2). REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1.110.491.860  
116-EST-73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Ania Paola Guerra Trujillo*

REGISTRO DEL PROFESIONAL: RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU  
CERTIFICADO

C.C: 39363587



DR GABRIEL MENESES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD  
2 67 6901  
316 224 7199 - 316 629 8211  
USUARIO.MEDISSAT@GMAIL.COM

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 3943114010093

EMPRESA CONTRATANTE: ARNOLD MURCIA CHARRY NIT: 7.700.841.

MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

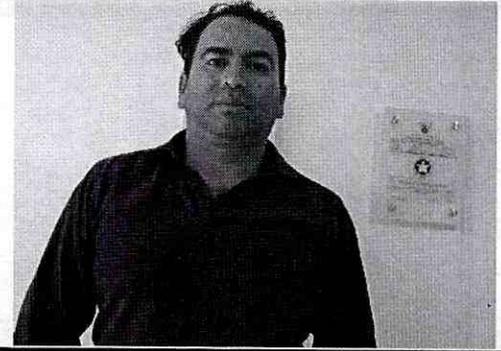
FECHA:2022-05-16

NOMBRE: ELVER RODRIGO MARIN LOZANO

C.C: 14010093

CARGO: AYUDANTE

CIUDAD: IBAGUE



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN AUDITIVO: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN DE VISION: NO SE HIZO EXAMENES  
ESPIROMETRÍA: NO SE HIZO EXAMENES  
EXAMEN PSICOLOGICO: NO SE HIZO EXAMENES  
LABORATORIOS:NO SE HICIERON LABORATORIO  
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACION DE EPP:SI	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:  
ERGONOMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO

- 1). SE RECOMIENDA, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO. PROPORCIONAR EPP ESPECÍFICO CONTRA EL VIRUS DEL COVID-19, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN.
- 2).REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA.
- 3) REPORTAR OPORTUNAMENTE SI PRESENTA SINTOMATOLOGIA COMO (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CONGESTIÓN NASAL) A SU JEFE INMEDIATO.
- 4) CONTROL OPTOMETRICO ANUAL POR EPS INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS

NOMBRE DEL MÉDICO:  
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

*Gabriel A. Meneses Varón*  
MÉDICO GENERAL  
Y ESP. EN SST  
C.C. 1.110.491.860  
116-551 73483



FIRMA DEL TRABAJADOR

*Elver Rodrigo Marin Lozano*

REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

COMPRUEBE SU  
CERTIFICADO

C.C: 14010093

# SEGURIDAD SOCIAL

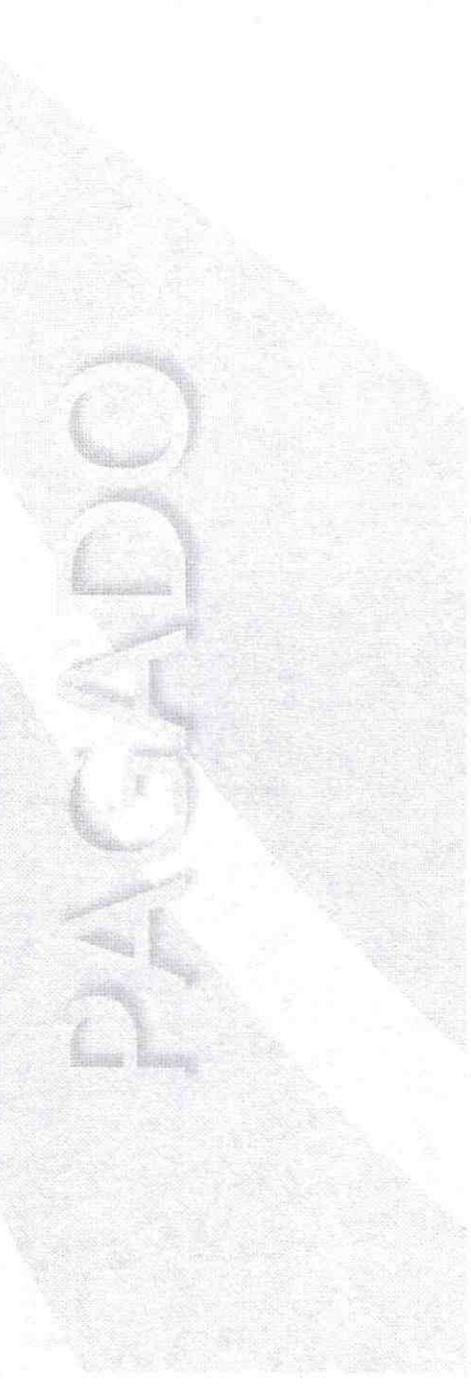
Carrera 3 Número 12 - 36 OFICINA 709 CENTRO COMERCIAL PASAJE REAL  
I B A G U É - TOLIMA

Celular 3114566746 EMAIL: [Arnoldmurcia@hotmail.com](mailto:Arnoldmurcia@hotmail.com)





SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AÑOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDO INCAPACITADOS DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	4	80.100	0	0	0	80.100
PORVENIR	230301	800224808	8	28	742.100	0	0	0	742.100
EPS(Administradoras: 7)				42	291.700	0	0	0	291.700
EPS-S PLIAOSALUD	EPSIC6	809008362	2	1	6.700	0	0	0	6.700
EPS-S CAPITAL	EPSC34	900298372	9	1	9.400	0	0	0	9.400
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	4	24.100	0	0	0	24.100
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	3	17.400	0	0	0	17.400
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	4.000	0	0	0	4.000
SANITAS	EPS005	800251440	6	3	12.000	0	0	0	12.000
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	29	218.100	0	0	0	218.100
ARP(Administradoras: 1)				42	508.600	0	0	0	508.600
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	42	508.600	0	0	0	508.600
CCF(Administradoras: 1)				42	291.700	0	0	0	291.700
COMFENALCO-TOLIMA	CCF50	890700148	4	42	291.700	0	0	0	291.700
Gran Total					2.255.700	0	0	0	2.255.700







RAZON SOCIAL :	ANA MARIA VEGA BOHORQUEZ
IDENTIFICACION:	CC-1111201293
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-06-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-06-22
FECHA DE PAGO:	2022-06-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2022-05
PERIODO SALUD:	2022-05
NUMERO PLANILLA:	8619860835
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8619265474
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	\$ 966.667	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 120.900	\$ 120.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 966.667	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 154.700	\$ 154.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 275.600	\$ 275.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/07/2022
----------------------------------	------------



RAZON SOCIAL :	ARNOLD MURCIA CHARRY
IDENTIFICACION:	CC-7700841
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-06-13
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-06-09
FECHA DE PAGO:	2022-06-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2022-05
PERIODO SALUD:	2022-05
NUMERO PLANILLA:	23384609
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	23384609
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANTAS	1	\$ 2.400.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 300.000	\$ 300.000
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 2.400.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 384.000	\$ 384.000
14-4	860002183	SEGUROS COLPATRIA	1	\$ 2.400.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 12.600	\$ 12.600
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 696.600	\$ 696.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/07/2022
----------------------------------	------------



INFORME TECNICO DEL CONTRATO DE SERVICIO- ACTA PARCIAL No. 01  
PERIODO: 13 DE MAYO AL 12 DE JULIO DE 2022  
CONTRATO 073 DEL 28 DE ENERO DE 2022

OBJETO: “LAVADO Y DESINFECCION DE LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE DE LA EMPRESA IBAGUEREA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL”.

CONTRATISTA  
ARNOLD MURCIA CHARRY

CONTRATANTE  
EMPRESA IBAGUEREA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL E.S.P OFICIAL.

MAYO  
IBAGUE- TOLIMA  
2022

CONTENIDO

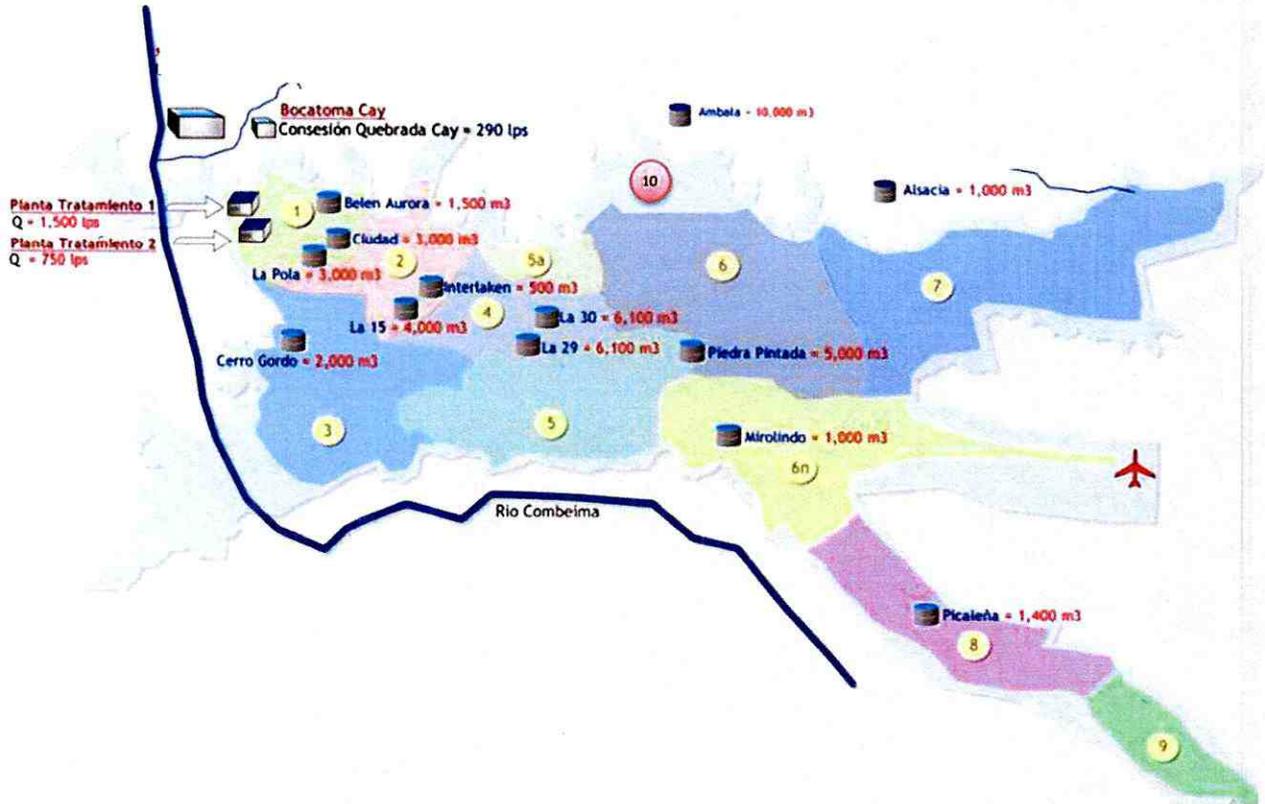
	Pagina
1. INTRODUCCION.....	3
2. LOCALIZACION.....	4
3. IDENTIFICACION DEL CONTRATO.....	5
4. PERSONAL EMPLEADO.....	5
5. MAQUINARIA Y EQUIPO UTILIZADO.....	6
6. RESUMEN FINANCIERO.....	6
7. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN .....	7
8. PROCESO DE EJECUCION .....	7
9. REGISTRO FOTOGRÁFICO.....	8-19
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	20
11. ANEXOS.....	20

## 1. INTRODUCCION

De acuerdo con lo previsto con el contrato 073 del 28 de enero de 2022 se presenta a continuación el informe técnico de la supervisión que relaciona el cumplimiento de las actividades contractuales en un 26% y a su vez la descripción de las actividades que fueron necesarios para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato en mención.

La empresa con el fin de asegurar la continuidad y la calidad en la prestación del servicio de acueducto es un compromiso de la empresa para la comunidad ibaguereña. El lavado y desinfección de los diferentes tanques de almacenamiento de agua potable de la ciudad, es una actividad de obligatorio cumplimiento exigida por los organismos de control sanitario que debe realizarse con el fin de eliminar los residuos propios que se van depositando en los tanques a través del tiempo y que provienen del mismo tratamiento del agua, otros que se forman en el recorrido de las tuberías generalmente cuando se presentan daños en las redes o en el tanque mismo como la llamada “biopelícula” y que si no son retirados afectan la calidad del agua potable que llega a las diversas viviendas del perímetro hidráulico de la ciudad. Por ende, para evitar estos contratiempos y mantener las características Físico–Químicas y Bacteriológicas del agua tratada en todo momento, se tienen que realizar estos lavados en forma técnica, conveniente y adecuada una vez al año de acuerdo con lo descrito en la Norma NTC 4576. Y así mismo, se debe dar cumplimiento al Decreto 1575 de 2007 el cual tiene como objeto “establecer el sistema para la protección y control de la calidad del agua, con el fin de monitorear, prevenir y controlar los riesgos para la salud humana causados por su consumo”.

## 2. LOCALIZACIÓN



### 3. IDENTIFICACION DEL CONTRATO

CONTRATO No:	073 DEL 28 DE ENERO DE 2022
CONTRATISTA:	ARNOLD MURCIA CHARRY
FECHA DE INICIO:	13 DE MAYO DE 2022
PLAZO TOTAL:	DOS (02) MESES.
OBJETO DEL CONTRATO INICIAL:	"LAVADO Y DESINFECCION DE LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE DE LA EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL".
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	SETENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL SETESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS (\$ 76.305.775.00). M/CTE
SUPERVISOR:	DILEY VANESSA BARRERO OLAYA -Profesional Especializado III - Gestión Acueducto
FECHA DE TERMINACION:	12 DE JULIO DE 2022

### 4. PERSONAL EMPLEADO POR EL CONTRATISTA

	TANQUE	OFICIAL	AYUDANTE
DIA 1	BELEN AURORA	1	7
	BELEN	1	5
	INTERLAKEN	1	10
	CIUDAD	1	5
	<b>TOTAL, DIA</b>	<b>4</b>	<b>27</b>

## 5. MAQUINARIA Y EQUIPO UTILIZADO

A la fecha del presente informe el contratista ARNOLD MURCIA CHARRY. Ha contado con la disposición del todo el equipo y herramientas necesarias para la ejecución del contrato.

- Cepillos Industriales, baldes, fibras, manilas, palas, etc.
- Ventilador Industrial.
- Medidor de Oxígeno en espacios confinados.
- Elementos de Protección Personal (EPP) y Dotación Industrial.
- Para dar cumplimiento a los lineamientos de Bioseguridad establecidos por el Gobierno Nacional en prevención del SARS-COV-2 (COVID), el contratista cumplió con lo siguiente en cada tanque que se intervino:
  - 1 caneca con llave de mínimo 50 Litros de agua potable.
  - 1 dispensador de Jabón Líquido suficiente para uso del personal durante toda la actividad.
  - Toallas desechables para secado de manos.
  - Bolsas industriales suficientes para desechar elementos de consumo.
  - Por operario uso permanente de mascarillas protectoras.
- 2 reflectores mínimo por tanque que se intervino.

## 6. RESUMEN FINANCIERO

VALOR CONTRATO DE SERVICIO 073 DEL 28 DE ENERO DE 2022	\$ 76.305.775	
VALOR PARCIAL No. 01		\$ 20,193,481,91
VALOR SIN EJECUTAR Y A FAVOR DE LA ENTIDAD CONTRATANTE		\$ 56.112.294,09
SUMAS IGUALES	\$ 76.305.775	\$ 76.305.775

## 7. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

CONTRATO 073 DEL 28 DE ENERO DE 2022 - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES LAVADO Y DESINFECCION DE LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE DE LA EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL			
No.	FECHA	DÍA	TANQUE
1	Mayo 18 de 2022	Miércoles	Belén Aurora, Belén, Ciudad, Interlaken

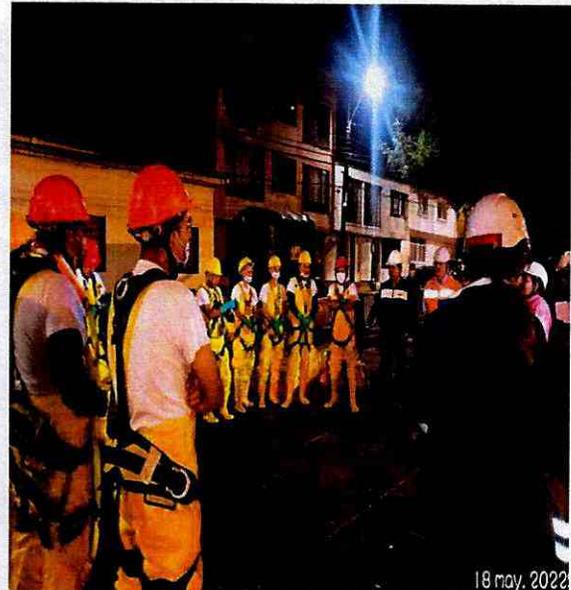
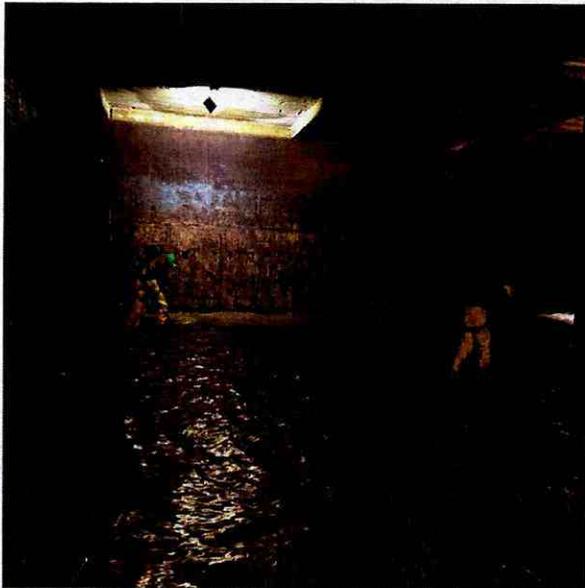
## 8. PROCESO DE EJECUCION

A continuación, se detalla cada una de las actividades ejecutadas en el presente informe.

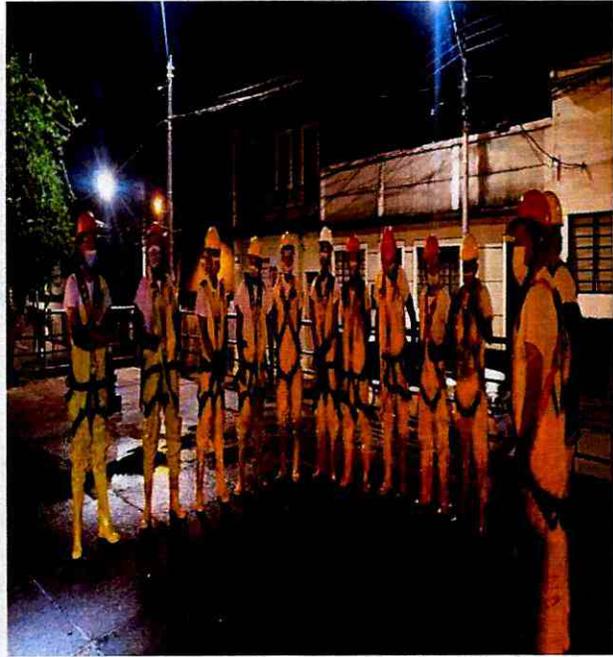
1. Capacitación con el Siso, con el fin de informar los posibles riesgos al ingresar a los tanques, las precauciones, verificar el estado de los elementos de protección personal.
2. Medición de oxígeno dentro de cada uno de los tanques a intervenir, con el fin de garantizar las condiciones adecuadas para su intervención.
3. Ingreso a los tanques.
4. Remoción de sedimentos.
5. Disposición final de los residuos.
6. Enjuague de paredes y pisos
7. Desinfección de paredes y pisos de los tanques mediante la aplicación de hipoclorito de sodio al 15%

**9. REGISTRO FOTOGRÁFICO.**

TANQUE BELEN AURORA	
FECHA DE LAVADO:	18/05/2022
HORA DE INICIO:	07:30 AM
HORA FINALIZACIÓN:	1:00 PM
NUMERO DE EMPLEADOS:	8
ÁREA INTERVENIDA:	1.472 M <sup>2</sup>



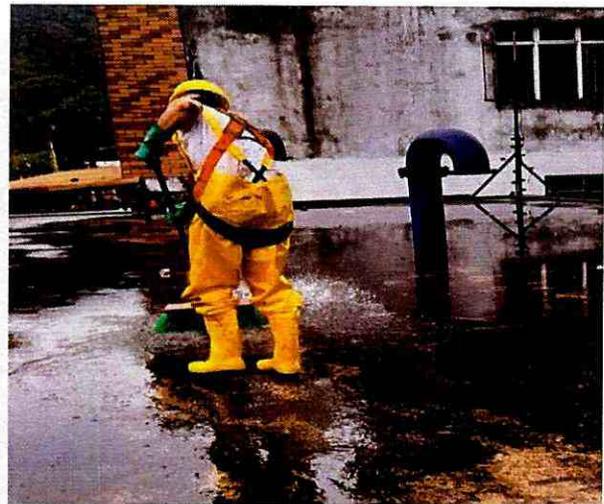
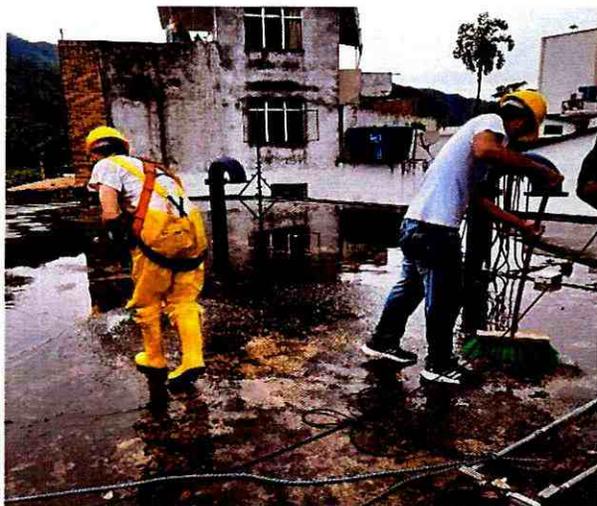
TANQUE CIUDAD	
FECHA DE LAVADO:	18/05/2022
HORA DE INICIO:	7:30 AM
HORA FINALIZACIÓN:	1:00 PM
NUMERO DE EMPLEADOS:	6
ÁREA INTERVENIDA:	1.320 M <sup>2</sup>



TANQUE BELEN	
FECHA DE LAVADO:	18/05/2022
HORA DE INICIO:	1:30 PM
HORA FINALIZACIÓN:	7:00 PM
NUMERO DE EMPLEADOS:	6
ÁREA INTERVENIDA:	1.260 M <sup>2</sup>



TANQUE INTERLAKEN	
FECHA DE LAVADO:	18/05/2022
HORA DE INICIO:	1:30 PM
HORA FINALIZACIÓN:	7:00 PM
NUMERO DE EMPLEADOS:	11
ÁREA INTERVENIDA:	320 M <sup>2</sup>



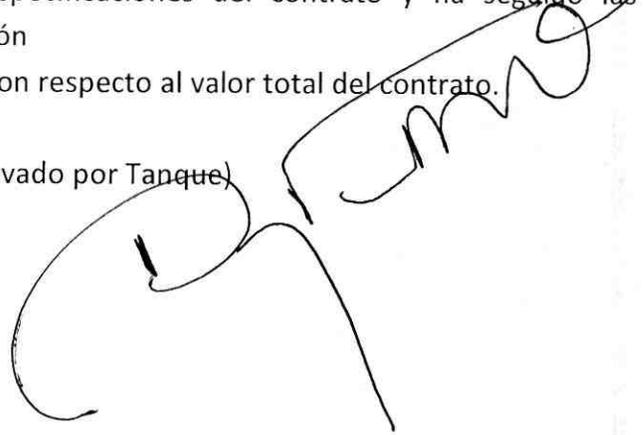
TANQUE	FECHA	CANT M2
BELEN AURORA	18 DE MAYO DE 2022	1472
CIUDAD	18 DE MAYO DE 2022	1320
BELEN	18 DE MAYO DE 2022	1260
INTERLAKEN	18 DE MAYO DE 2022	320
TOTAL, M2:		4372

ITEMS	Unidad	DISPONIBLE POR DIA			PRECIO, \$
		DIA 1	DIA 2	DIA 3	
1. Operarios	Global	VER TABLA			\$ 4.712.727
2. Desinfectante (Hipoclorito de Sodio 15%)	kg	150			\$ 675.000
3. Aspersoras de Espalda	Unidad	2			\$ 1.216.000
4. EPP, Bioseguridad y Trabajo en Espacio	Global	VER TABLA			\$ 3.927.273
5. Motobombas, 2"	Unidad	1			\$ 1.550.000
6. Planta Eléctrica e Iluminación	Puntos	4			\$ 1.342.857
7. Herramienta Menor (Cepillos, Baldes, fibras, etc. y	Global	DISPONIBLE POR OPERARIO			\$ 2.181.818
8. Alimentación, Refrigerios e Hidratación Personal	Global	POR DIA OPERATIVO PARA TODOS LOS			\$ 681.818
9. Disposición final de Lodos (incluye fibras, transporte	Global	POR DIA OPERATIVO			\$ 681.818
				TOTAL PARCIAL	\$ 16.969.312
				IVA (19%)	\$ 3.224.169
				TOTAL	\$ 20.193.481

## 10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Gracias al apoyo prestado por parte de la supervisión se puede garantizar la calidad de la ejecución del contrato.
- El contratista ha cumplido con las especificaciones del contrato y ha seguido las recomendaciones dadas por la supervisión
- El servicio presenta un avance del 26% con respecto al valor total del contrato.

## 11. ANEXOS. (Copias del Protocolo de Lavado por Tanque)



**DILEY VANESSA BARRERO OLAYA**  
Líder Gestión De Acueducto



FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES

CÓDIGO: GJ-R-056

FECHA VIGENCIA:

2021/07/15

VERSIÓN: 01

Página 1 de 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Evaluación:  Fecha evaluación 28/06/2022

Reevaluación:  Fecha reevaluación: \_\_\_\_\_

Acta Parcial N° 1

Acta Final \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL CONTRATO

NUMERO Y FECHA: 073 del 28 de enero de 2022

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA: ARNOLD MURICA CHARRA NIT: 7,700,841-7 C.C.

FECHA DE INICIO: 13 DE MAYO DEL 2022

FECHA DE TERMINACION: 12 DE JULIO 2022

OBJETO DEL CONTRATO: "LAVADO Y DESINFECCION DE LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE DE LA EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL".

CLASE DE CONTRATO	1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION	
	2. SUMINISTRO Y ADQUISICION	
	3. ARRENDAMIENTO	
	4. CONSULTORIA E INTERVENTORIA	
	5. SERVICIO	X
	6. SEGUROS	
	7. INTERMEDIARIO DE SEGUROS	
	8. OBRA PUBLICA	

ASPECTOS A EVALUAR DEL CONTRATISTA

PUNTAJE	2= MALO	3= REGULAR	4= BUENO	5= EXCELENTE
<b>5. SERVICIOS</b>				
<b>CRITERIOS CUMPLIMIENTO Y OPORTUNIDAD</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>CRITERIOS EN LA EJECUCION DEL CONTRATO</b>	<b>PUNTAJE</b>	
OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO	4	PRESENTACION DE INFORMES DE AVANCE	4	
COBERTURA DEL SERVICIO	4	ATENCION DE REQUERIMIENTOS	4	
TIEMPO DE RESPUESTA A REQUERIMIENTOS	4	DISPOSICION DEL SERVICIO	4	
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO	4	PAGO OPORTUNO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	4	
CUMPLIMIENTO EN LOS TERMINOS PARA LEGALIZAR EL CONTRATO Y SUS ADICIONES	4	CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	3	
<b>TOTAL PROMEDIO</b>	<b>4,00</b>	SERVICIO POSTVENTA	4	
		ASIGNACION DE REEMPLAZOS	4	
<b>CRITERIOS DE CALIDAD</b>	<b>PUNTAJE</b>	ENTREGA OPORTUNA DE FACTURA	4	
CALIDAD Y/O CONFORMIDAD EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	4	PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES	4	
DEVOLUCIONES, CAMBIOS DE ELEMENTOS	4	CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	3	
FUNCIONAMIENTO	4		0	
SOPORTE Y MANTENIMIENTO	4	<b>TOTAL PROMEDIO</b>	<b>3,80</b>	
DESEMPEÑO DEL PERSONAL	4	<b>EVALUACION TOTAL</b>	<b>3,93</b>	
<b>TOTAL PROMEDIO</b>	<b>4,00</b>			

ANALISIS DEL RESULTADO DE LA EVALUACION \_\_\_\_ REEVALUACION \_\_\_\_ POR PARTE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR (Cuando un contrato cuente con interventor y supervisor, este criterio debe ser diligenciado por los dos, en sus respectivas calidades):

OBSERVACIONES AL RESULTADO DE LA EVALUACION \_\_\_\_ REEVALUACION \_\_\_\_ POR PARTE DEL CONTRATISTA:

INTERPONE RECURSO DE REPOSICION SI  NO

INTERPONE RECURSO DE APELACION SI  NO



FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES

CÓDIGO: GJ-R-056

FECHA VIGENCIA:

19/09/2019

VERSIÓN: 00

Página 1 de 2

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

NOTA INFORMATIVA: (Aplica unicamente para la reevaluacion) De conformidad con el artículo 7 de la resolución que reglamenta el procedimiento para la evaluación y reevaluación de proveedores la calificación de la reevaluación de proveedores, tendrá los siguientes efectos: El contratista o Proveedor que obtenga como resultado de la reevaluación puntaje de 3 o superior, será tenido en cuenta para contratar con el IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL. El contratista que en el proceso de reevaluación obtenga un promedio de calificación inferior a tres (3), será suspendido por un término igual al plazo total del contrato ejecutado. En todo caso el término de suspensión no podrá ser inferior a seis (6) meses. Durante el término de la suspensión el contratista no se podrá presentar a participar como proponente individual o plural (Consortio, Unión Temporal, Promesa de Sociedad Futura u otra) en procesos de selección que adelante el IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL.

La Suspensión a que hace referencia el presente artículo se extenderá por igual termino a cada uno de los integrantes de Consortios o Uniones Temporales que en el proceso de reevaluación hayan obtenido una calificación inferior a tres (3).

Los efectos mencionados en la nota anterior aplican para la reevaluacion de este contrato, de acuerdo con la fecha de su suscripcion.

SI

NO

DILEY VANESSA BARRERO OLAYA  
JEFE GRUPO TECNICO DE ACUEDUCTO.

ARNOLD MURICA CHARRY  
CONTRATISTA



ARNOLD MURCIA CHARRY

Cll 69 No 6A-80 torre 3 apto 1606

Ibagué, Tolima, Colombia

NIT 7700841 - 7

Autorización de numeración de facturación electrónica

No. 18764030970457 del 07/07/2022 al 07/01/2023

Habilita numeración de:

FE-33 al FE-300

Régimen: Impuesto sobre las ventas - IVA

Responsabilidad fiscal:

R-99-PN No Aplica - Otros

		<b>Factura Electronica de Venta No. FE42</b>	
		Fecha de emisión: 22/11/2022 04:19:16 PM	
		Fecha de validación DIAN: 22/11/2022 04:20:42 PM	
		Fecha de vencimiento: 22/11/2022	
<b>Cliente:</b>	EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO S.A. E.S.P. OFICIAL NIT 800089809 - 6	<b>Plazo (Días):</b>	0
<b>Dirección:</b>	CRA 3 No 1-04 BARRIO LA POLA	<b>Codigo de Moneda</b>	COP
<b>Codigo Cliente</b>	0010	<b>Tasa de Cambio</b>	
<b>Teléfono:</b>	2756000	<b>Orden de Compra</b>	
<b>Dirección Despacho:</b>		<b>Remisión</b>	
<b>Contacto:</b>		<b>Pedido</b>	
<b>Ciudad:</b>	Ibagué	<b>Asesor</b>	
<b>Departamento:</b>	Tolima	<b>Aviso de Recibo</b>	
<b>País:</b>	Colombia		

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1	010	CONTRATO 073 DEL 28 DE ENERO DE 2022; ACTA PARCIAL 1; OBJETO: "LAVADO Y DESINFECCION DE LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE DE LA EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL".	1,00	unidad	COP 16,969,311.76	COP 0.00	IVA(19%)		COP 16,969,311.76

<b>Total de items:</b>	1
<b>Observaciones</b>	
<b>Forma de pago:</b>	Contado
<b>Medio de pago:</b>	Transferencia Débito Bancaria

<b>Subtotal:</b>	COP 16,969,311.76
IVA(19%)	COP 3,224,169.24

<b>Impuestos:</b>	COP 3,224,169.24
<b>Retenciones:</b>	COP 0.00
<b>Cargos de la factura:</b>	COP 0.00
<b>Descuentos de la factura:</b>	COP 0.00
<b>Anticipos:</b>	COP 0.00
<b>Total</b>	COP 20,193,481.00
<b>Neto a pagar</b>	COP 20,193,481.00

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE ca3097d02f1b51b27ab81de3709031353080abf67d8b98cd00f08e4637eedfda17d189cd4d9eac3daf182c6561bce1

