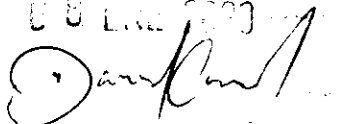




San Juan de Pasto, 07 de Enero de 2020

2:50 pm  
08 ENE 2020  


Oficio 0144

Señores

**Participantes del concurso de mérito de la CONVOCATORIA No. 800 de 2018 – INPEC DRAGONEANTES.**

**Notificación que se realizara a través de CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA DE NARIÑO**

Ciudad.

Acción de tutela: 52001 31 87 001 2020 00002 J. 1º EPMS. (CITE al contestar)  
Accionante: **YAIR ARMANDO JOJOA PINTA**  
C. de C. 1085321086  
Accionado: COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL

Cordial Saludo,

Respetuosamente, respecto del proceso de tutela enunciado, como notificación para su conocimiento y fines pertinentes, le enviamos copia de:

- Auto de fecha 03 de enero de 2020 (**Admisión de tutela**)
- Traslado del escrito de tutela y sus anexos

Atentamente,

  
FABIO HERNÁN ERASO A.  
Escribiente CSAJEPMSP PASTO

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO PRIMERO DE EJECUCIÓN DE PENAS  
Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

ACCIONANTE: YAIR ARMANDO JOJOA PINTA  
ACCIONADO: COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL - CNSC  
RAD.: 2020-002  
REF.: ADMITE TUTELA

San Juan de Pasto, Enero Tres (3) de Dos Mil Veinte (2020).

El señor YAIR ARMANDO JOJOA PINTA, interpone acción de Tutela en contra de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL - CNSC, la cual cumple con las mínimas formalidades requeridas para tal efecto, una vez corregida, por lo que se admitirá la acción impetrada, decretando las pruebas que se requieren para emitir la decisión de fondo respectiva.

Por otro lado, la parte accionante solicita se decrete medida provisional, consistente en permitirle continuar con el proceso de selección en las siguientes fases de la Convocatoria 0800 de 2018, hasta que se resuelva la presente actuación.

En este punto cabe aclarar que si bien es cierto, la medida provisional se entiende como un mecanismo del que se dispone en la acción de amparo con el fin de salvaguardar derechos constitucionales que se encuentren en inminente peligro, ello no puede conllevar a la conculca de otras prerrogativas en cabeza de otros sujetos, como en este caso la demandada. Debe recordarse al respecto, que tal figura únicamente es dable decretarla cuando se evidencie fehacientemente el riesgo o amenaza de un derecho fundamental que recae sobre una determinada persona y que la misma debe ser argumentada y no depende del arbitrio del Juez de tutela, es decir, la titularidad del derecho no debe estar en discusión y además debe verificarse flagrantemente una posible afectación.

La H. Corte Constitucional al respecto se ha pronunciado en Auto 049 de 1995, en el cual expuso:

*“Dicha medida la puede adoptar el juez respectivo desde la presentación de la solicitud de tutela hasta antes de expedirse el fallo definitivo, pues al resolver de fondo deberá decidir si tal medida provisional se convierte en permanente, esto es, definitiva o si por el contrario, habrá de revocarse. Cabe agregar que el juez, a petición de parte o en forma oficiosa, puede hacer cesar tal medida en cualquier momento.*

*A la Corte no le cabe duda de que para efectos de la aplicación de esta medida provisional, el juez debe evaluar las situaciones de hecho y de derecho en que se fundamenta la solicitud de tutela, para así determinar la "necesidad y urgencia" de decretarla, pues ésta sólo se justificaría ante hechos abiertamente lesivos o claramente amenazadores de un derecho fundamental en detrimento de una persona, y cuya permanencia en el tiempo haría más gravosa la situación al afectado; de lo contrario no tendría sentido la medida cautelar por cuanto los términos para fallar las acciones de tutela son muy breves: 10 días.*

*Recuérdese también que el juez de tutela puede ordenar todo lo que considere procedente para proteger los derechos fundamentales, y "no hacer ilusorio el efecto*

*de un eventual fallo a favor del solicitante", de donde se concluye que la adopción de la medida cautelar no puede ser arbitraria sino razonada, sopesada y proporcionada a la situación planteada, lo que deberá hacer el juez del conocimiento, en forma expresa".*

Ahora bien, la parte actora pretende se ordene su incorporación nuevamente al concurso de méritos o se suspenda tal proceso. Con relación a ello, debe señalarse que los actos administrativos que dieron lugar a la convocatoria, celebración conformación y adopción de las medidas y determinaciones adoptadas, están cobijados por la presunción de legalidad, situación frente a la que se desconoce si se ha adelantado alguna actuación tendiente a desvirtuarla, pues no hay prueba alguna en el plenario que haga relación a la interposición de la acción contencioso administrativa correspondiente, a través del mecanismo de control de nulidad y restablecimiento del derecho, en cuyo trámite igualmente se pueden solicitar medidas cautelares para salvaguardar los derechos presuntamente vulnerados, razón por la que en esta etapa de la actuación, el Despacho no puede desconocer los derechos de otras personas se sometieron a las reglas de la convocatoria y que en este momento se encuentran amparadas en ellas.

Y es que si bien el accionante manifiesta que esta medida se solicita con el fin de evitar que el actor quede por fuera del proceso de selección y que además un eventual fallo favorable traería como consecuencia la nulidad de la actuación surtida en el proceso del concurso de méritos, tales manifestaciones no son suficientes para que el Despacho pueda emitir una orden previa al fallo de tutela, pues no son elementos que permitan establecer la urgencia de la intervención inmediata del Juez Constitucional.

Adicionalmente, debe señalarse que el debate planteado en torno a la causal de exclusión del proceso en cita, en este momento se encuentra en debate, es decir, la pertinencia o no de la estatura baja como elemento determinante para no poder ocupar el cargo para el cual aspira el accionante debe ser abordada con la totalidad de pruebas que alleguen las partes, para establecer si dicha situación genera algún tipo de alteración o no permite el ejercicio de las labores respectivas, lo que en este momento no es claro para el Despacho.

Teniendo en cuenta lo anterior, no es procedente en este momento tener certeza de lo que cuestiona la parte actora sobre la decisión adoptada por las accionadas, pues esta además de estar revestida de la presunción de legalidad, se encuentra argumentada y estudiada en su caso particular, por lo que de entrada el Juez de tutela no puede arrogarse competencias que le son ajenas y que deberían ser de conocimiento de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

En ese sentido, el Juzgado no cuenta con elementos que permitan realizar en el momento un adecuado estudio respecto de la situación alegada, razón por la que esta deberá definirse al momento de emitirse la correspondiente sentencia.

En mérito de lo expuesto, y de conformidad con lo establecido en el Decreto 2591 de 1991, el Juzgado Primero de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Pasto,

#### RESUELVE

- 1.- ADMITIR la demanda de tutela presentada por el señor YAIR ARMANDO JOJOA PINTA, en contra de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL – CNSC.
- 2.- VINCULAR a la presente actuación al INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO – INPEC, la UNIVERSIDAD DE PAMPLONA y a los participantes del

concurso de méritos de la CONVOCATORIA No. 800 DE 2018 INPEC - DRAGONEANTES, para cuya notificación, se solicitará al Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño y a la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL, habiliten un enlace en la página web de la Rama Judicial y del vínculo de la convocatoria, respectivamente, en la que se cargará la información del asunto y anexos correspondientes.

3.- CÓRRASE el traslado del respectivo escrito de tutela por la vía más eficaz y expedita, a las entidades accionadas y a los vinculados, para que dentro de los tres (3) días siguientes al recibo de la respectiva comunicación, le den oportuna contestación, rindan las explicaciones sobre los hechos y ejerzan su derecho de defensa. Para tal efecto se servirán aportar toda la documentación que tengan en su poder, relacionada con las circunstancias fácticas materia de la acción de tutela.

4.- TÉNGANSE como prueba los documentos aportados con la demanda de tutela.

5.- DENEGAR la medida provisional solicitada.

6.- HÁGASELE conocer a la parte accionante por el medio más expedito, que mediante este auto se ha admitido la demanda de tutela.

CÚMPLASE



RAÚL FERNANDO QUINONES ARTEAGA

JUEZ SEGUNDO DE EJECUCIÓN DE PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD (E)

**Constancia:** La presente providencia no es suscrita por el titular del Despacho, por cuanto se encuentra con permiso otorgado por el Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño – Sala Administrativa. Por ende y conforme las Directrices del H. Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pasto, en ausencia del titular, el Juez en turno, procede a rubricar el presente auto.

GOEB

Señor  
JUEZ DEL CIRCUITO (R)  
La Ciudad.

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA CON SOLICITUD DE MEDIDA PROVISIONAL  
ACCIONANTE: YAIR ARMANDO JOJOA PINTA C.C. No. 1085321086  
ACCIONADO: COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL, CNSC

## I. IDENTIFICACIÓN.

YAIR ARMANDO JOJOA PINTA, mayor y vecino (a) de esta Ciudad, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio, con todo el respeto manifiesto a usted que en ejercicio del derecho de TUTELA consagrado en el artículo 86 de nuestra Constitución Política y reglamentado por el Decreto 2591 DE 1991, por este escrito formulo Acción de Tutela en contra de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, a fin de que se tutelen mis derechos fundamentales expresados en acápite posterior. Derivo mi acción de los siguientes:

## II. ACCIONES Y OMISIONES

**Primero:** Participo de la Convocatoria 800 de 2018 para proveer cargo de dragoneante del INPEC, proceso vigilado y administrado por la CNSC, cumpliendo con todos los requisitos exigidos por la OPEC, de acuerdo con el cargo aspirado obteniendo resultado de ADMITIDO y es así como presenté pruebas escritas y FÍSCO ATLÉTICA, con excelentes resultados que me ubican entre los primeros puestos para ser citado (a) a VALORACIÓN MÉDICA, como último requisito para continuar en curso en la Escuela Nacional Penitenciaria.

**Segundo:** La valoración médica practicada a través de las entidades de salud contratadas por la CNSC para esta convocatoria acreditan en dos valoraciones que mi estado de salud ocupacional es óptimo y así se demuestra a través de todos los exámenes médicos practicados. NO PADEZCO DE DEFICIENCIAS DEL CRECIMIENTO, en los términos que lo describe el profesiograma.

Es importante también resaltar que no presento cicatrices visibles, como lo manifiesta la respuesta definitiva, ni ninguna clase de afectaciones cutáneas como las describe el profesiograma.

**Tercero:** Presté servicio militar como Auxiliar Bachiller del INPEC, en la valoración paraclínica para ese ingreso no se identificaron restricciones para el ejercicio de las funciones de Custodia y Vigilancia del INPEC, durante la prestación de este servicio nunca se reportaron novedades derivadas de la supuesta restricción que falsamente me quiere endilgar la CNSC en este proceso de selección. Asumiendo que estar en el límite mínimo o de estatura NO representa obstáculo para el cumplimiento de las funciones de Custodia y Vigilancia de persona Privadas de la Libertad en Colombia.

**Cuarto:** Los criterios adoptados sobre el riesgo ocupacional derivado de la estatura baja de un dragoneante del INPEC, carecen en absoluto de fundamento o sustento empírico, pues no existe antecedente o estadística de accidentes o enfermedades de origen laboral que se centren en los empleados de baja estatura; convirtiéndose, en términos de la Honorable Corte Constitucional en un "factor sospechoso de discriminación"<sup>1</sup>.

**Quinto:** La CNSC confirma después de mi SOLICITUD DE SEGUNDA VALORACIÓN que me discrimina, sustrayéndome del derecho a acceder a un cargo público, por encontrar que me encuentro en el límite de la estatura mínima exigida. Sin resolver de fondo mi reclamación y

<sup>1</sup> Sentencia T-314/11: Se pueden destacar como criterios sospechosos de discriminación los siguientes: - El sexo, la orientación sexual o la identidad de género; - La raza; - El origen nacional o familiar al igual que el étnico o de cualquier índole; - La lengua; - La religión; - La opinión política o filosófica; - La pigmentación o el color de la piel; - La condición social y/o económica; - La apariencia exterior; - La enfermedad, la discapacidad o la pérdida de la capacidad laboral.

sin otorgar la posibilidad de impugnar el resultado y sin presentar razones técnico científicas ante las que pueda proponer medio de control en la vía contencioso administrativa.

**Sexto:** Otorgué poder a un profesional del derecho a fin de que represente mis intereses particulares en acción contencioso administrativa, quien me informa que debe iniciar con el agotamiento del requisito de procedibilidad de conciliación y posteriormente la acción de nulidad y restablecimiento del derecho con solicitud de suspensión provisional de los efectos de la decisión de la CNSC que confirma mi exclusión de esta Convocatoria.

### III. DERECHOS VIOLADOS O AMENAZADOS

Debo manifestar que se presentan actuaciones por parte de la CNSC, que vulneran mis derechos fundamentales, enmarcados en el valor fundamental de la DIGNIDAD HUMANA, en el siguiente sentido:

Se presenta discriminación por mi *"apariencia física"*, al exigirme el cumplimiento de un requisito desproporcionado para el acceso a un cargo público, pese a VALORAR a través de las mismas entidades de salud contratadas que no padezco *"deficiencias del crecimiento"* como lo describe el propio profesiograma y que mi estatura que se encuentra en el límite mínimo exigido para el cargo de dragoneante del INPEC.

Las Normas Penitenciarias internas e internacionales<sup>2</sup> ponderan el principio de *proporcionalidad* en lo que tiene que ver con el cumplimiento de la misión penitenciaria y carcelaria y que el profesiograma lo estructura desde la acción de represión del estado contra las personas privadas de la libertad, cuando justifica *el requisito de estatura en razones de seguridad e impacto de autoridad*, aceptándose así, se debe tener en cuenta que entre las personas privadas de la libertad también prevalece la baja estatura, entre otras, las Reglas Mínimas de Tratamiento de los Reclusos, es necesario contar con personal penitenciario que no represente una acción de represión desproporcionada en lo físico y en lo psíquico, en este último se incluye lo cultural y social.

De acuerdo con los hechos narrados y frente a la posición asumida por la CNSC, existe una flagrante violación a mis derechos fundamentales. En un marco general del principio de la dignidad humana, con su criterio me *"cosifica"*, porque pondera un aspecto netamente físico y no lo estructura interdisciplinaria, cuando sus propias reglas tratan del *"establecimiento de perfil profesiográfico"* se encuentran especialmente vulnerados: derecho al debido proceso administrativo, derecho a acceder a la administración pública en igualdad de condiciones, derecho al trabajo en condiciones dignas y justas y otros principios, como el de la confianza legítima, la igualdad de trato a todos los aspirantes, el derecho de petición, que se vienen desconociendo, si se permite continuar esta conducta.

### IV. PROCEDENCIA Y LEGITIMIDAD

Esta acción de Tutela es procedente de conformidad con lo establecido en los artículos 1, 2, 5 y 9 del Decreto 2591 de 1991, en protección de derechos fundamentales.

La no existencia de otro mecanismo jurídico efectivo, diferente a la tutela para lograr la protección de los derechos fundamentales invocados.

### V. DE LOS INFRACTORES

Se trata de la Comisión Nacional del Servicio Civil, entidad pública centralizada del orden nacional e independiente.

### VI. JURAMENTO

<sup>2</sup> Artículos 49 y 63 del Código Penitenciario y Carcelario, Reglas Mínimas de Tratamiento de los Reclusos, Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José).

3

Bajo la gravedad del juramento que se entienda prestado con la presentación de este escrito, manifiesto que no he interpuesto acción de tutela, a nombre propio, ni a través de apoderado sobre los mismos hechos que constituyen la vulneración de los derechos fundamentales invocados. Así mismo que mis manifestaciones fácticas corresponden a la verdad.

## VII. PRUEBAS Y ANEXOS

Solicito evaluar como tales:

1. Impresión de la información que se encuentra cargada y registrada en SIMO:
  - 1.1. Historia clínica con valoración de salud ocupacional y todos los exámenes de diagnóstico que demuestran el óptimo estado de salud ocupacional.
  - 1.2. Respuesta definitiva de la CNSC a la reclamación.
2. Historia clínica de auxiliar bachiller del Cuerpo de Custodia y Vigilancia del INPEC.
3. Historia clínica particular.
4. **Solicito respetuosamente** que se ordene valoración por parte del servicio público de Medicina Legal, si su Señoría lo considera necesario y pertinente.

## VIII. PETICIONES

Solicito la tutela de mis derechos fundamentales, dignidad humana: debido proceso administrativo, trabajo en condiciones dignas y justas, igualdad de oportunidades para acceder a la administración pública, confianza legítima, en consecuencia, se ordene a la CNSC a través de la dependencia que corresponda, que en término perentorio:

**Primera:** Dejar sin efecto la respuesta definitiva de exclusión de la Convocatoria mencionada, consecuentemente permitirme continuar con las etapas restantes del concurso a fin de cumplir con el curso en la Escuela Nacional Penitenciaria y posterior nombramiento y posesión en período de prueba para el cargo de dragoneante del INPEC.

**Segundo:** Subsidiariamente solicito que, se amparen mis derechos fundamentales como mecanismo transitorio, bajo la obligación de acudir a la jurisdicción contencioso administrativa y bajo la amenaza de perjuicio irremediable que se justificará con la solicitud de medida provisional.

## IX. SOLICITUD DE MEDIDA PROVISIONAL

Con todo respeto solicito que con la admisión de la tutela se decrete medida provisional, en el sentido de evitar que se me excluya de la lista de aspirantes citados para adelantar curso en la Escuela Nacional Penitenciaria, ordenando que se produzca la inclusión de mi ponderado en la citación para mi caso particular, mientras se surte la acción constitucional.

Justifico mi solicitud en la normatividad contenida en el Decreto 760 de 2005; toda vez que la continuación en el proceso sin resolver de fondo las reclamaciones, puede generar nulidad de lo actuado y el fallo siendo favorable, puede no ser efectivo al haber pasado la fecha de citación para adelantar curso en la Escuela Nacional Penitenciaria, porque las reglas del concurso establecen que se hará solo de un porcentaje de los aspirantes en orden de mérito y por lo tanto al no estar presente en ese cálculo, aún con la orden de acción de tutela puedo quedar por fuera de la ponderación y sin posibilidad de continuar en el concurso por no cumplimiento de esa etapa.

La orden provisional de inclusión de mi ponderado en la conformación de la lista de citados a la Escuela no afecta para nada al proceso en general y por el contrario resulta útil para el amparo de mis derechos fundamentales, porque mientras no exista respuesta de fondo, coherente y razonable a mi reclamación, tengo derecho a continuar como destinatario de todas las actuaciones del proceso.

El Acuerdo reglamenta el cálculo de ponderado para la siguiente etapa así:

A

**ARTÍCULO 51°.** - **PUBLICACIÓN DE CONVOCADOS A CURSO.** Una vez en firme los resultados de las pruebas eliminatorias del proceso de selección, los aspirantes que sean calificados como APTOS en la Valoración Médica podrán consultar en las fechas dispuestas por la CNSC, en la página [www.cnsc.gov.co](http://www.cnsc.gov.co) enlace SIMO, si son admitidos para ingresar al Curso de Formación o Complementación.

Serán convocados a Curso de Formación y Complementación, los aspirantes que en atención exclusiva a los resultados de las pruebas aplicadas, se encuentren ubicados en estricto orden de mérito en un porcentaje de 200% respecto de las vacantes ofertadas para los Cursos de Formación para Mujeres y Formación para Varones y en un porcentaje de 400% respecto de las vacantes ofertadas para el curso de Complementación. Si el INPEC incrementa el número de vacantes ofertadas se podrá convocar hasta un 200% de aspirantes con relación a las vacantes adicionadas para los Cursos de Formación y hasta un 400% para el Curso de Complementación, siempre que hayan sido calificados Aptos en la valoración médica.

Contra la publicación de convocados a Curso de Formación o Complementación no procederá ningún recurso.

**Del perjuicio irremediable:** La CNSC el 23 de diciembre de 2019, publicó una nueva Convocatoria para proveer cargos de dragoneante del INPEC, buscando proveer todas las vacantes existentes para este cargo; de tal manera que se amenaza con causar un perjuicio irremediable en mí contra porque una acción contencioso administrativa aún bajo la hipotética concesión de una medida cautelar, me puede dejar sin posibilidades de nombramiento por la inexistencia de cargos vacantes.

Por otra parte, mi Convocatoria avanza y cada etapa es prerrequisito de la siguientes, de tal manera que excluirme de una de ellas implica el grave riesgo de no poder volver al curso normal de la misma. Teniendo en cuenta razones presupuestales todo está calculado para un número de aspirantes y en tal sentido para un reintegro extemporáneo habría que esperar a los correspondientes ajustes presupuestales y se causaría la privación de pago de salarios y prestaciones en igualdad de condiciones de los demás aspirantes.

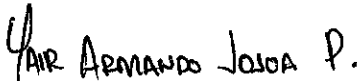
#### **X. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES**

A la accionada: CNSC: Carrera 16 No. 96 – 64 Piso 7. Pbx: 57 (1) 3259700 Fax: 3259713, [notificacionesjudiciales@cnsc.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@cnsc.gov.co) en la Ciudad de Bogotá D.C.

EL suscrito recibirá notificaciones en siguiente dirección: Manzana 22 Casa 6 Barrio Nuevo sol en la Ciudad de Pasto-Nariño. Teléfono-Celular: 3175847562 Email: [notificacionesavancemos@gmail.com](mailto:notificacionesavancemos@gmail.com), [vairjojoa@gmail.com](mailto:vairjojoa@gmail.com)

De su Señoría,

Atentamente,

  
**YAIR ARMANDO JOJOA PINTA**  
C.C. No. 1085321086 de Pasto-Nariño





SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nr. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD INGRESO

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 01/11/2019 12:15:00 Empresa INPEC

Temporal

Nombre YAIR ARMANDO JOJOA PINTA

Edad 24 Años

Cargo DRAGONEANTE

Doc. Identidad CC 1085321066



SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES:

VALORACION ODONTOLÓGICA, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, GLUCEMIA BASAL, HEMOGRAMA, CREATININA, PARCIAL DE URINA, ELECTROCARDIOGRAMA, ELECTROENCEFALOGAMA, ESPIROMETRIA, RX TORAX PA Y LATERAL, RX DORSOLUMBAR, EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO EVALUADO

RECOMENDACIONES: NO SEER, INVALIDAS

CAUSAS DE LA RESTRICCIÓN

CAUSA DE LA RESTRICCIÓN: NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA (PAG. 191 NUMERAL 19. PERFIL PROFESIOGRAFICO PARA EL DRAGONEANTE 2017, TALLA MINIMA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual (x) Auditivo (x) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial (x) Ergonómico (x) Otros ( )

REMISIÓN

SI ( ) NO (x) ARL

SI ( ) NO ( ) EPS

SI ( ) NO ( )

RECOMENDACIONES GENERALES

Manejo por ARL/EPS	Ocupacionales	Hábitos y estilo de vida
Control PYP EPS <input checked="" type="checkbox"/>	Control periódico ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	Dieta <input checked="" type="checkbox"/>
Remisión EPS <input type="checkbox"/>	Higiene postural <input checked="" type="checkbox"/>	Ejercicio regular <input checked="" type="checkbox"/>
Continuar manejo médico <input type="checkbox"/>	Uso de elementos protecc. personal <input checked="" type="checkbox"/>	Dejar hábito fumador <input type="checkbox"/>
Remisión ARL <input type="checkbox"/>	Uso de ayudas ergonómico <input type="checkbox"/>	Reducir consumo alcohol <input type="checkbox"/>
Optometría anual <input type="checkbox"/>	Capacitación trabajo en alturas <input checked="" type="checkbox"/>	Recreación <input checked="" type="checkbox"/>
Valoración en EPS <input type="checkbox"/>	Pausas activas <input checked="" type="checkbox"/>	Medidas antiestasis venosos <input type="checkbox"/>
Proceso de calificación de origen en EPS <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>
Odontología <input type="checkbox"/>		
Titulación hepatitis <input type="checkbox"/>		
Otro: <input type="checkbox"/>		

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Yo Certifico que he sido informado(s) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SONAR SAS realizará. Igualmente autorizo para que sean efectuados los parcelarios correspondientes para dicha valoración ocupacional. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. LEY DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES conforme a las disposiciones establecidas en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales en cualquier momento podrá enviar una comunicación a prof@sonarsas.com cancelando la autorización de uso de datos personales, de lo contrario se asumirá que están autorizados.

Signature of Dr. Hugo Eirain Lasso Medina

Dr Hugo Eirain Lasso Medina  
Esp. Salud Ocupacional  
Lic SO: 1389/2010  
Rm: 685

Signature of Yair Armando Jojoa

Trabajador: YAIR ARMANDO JOJOA PINTA  
CC: 1085321066

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Esométrica



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nit. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Tipo certificación: Ingreso  Periódico  Retiro  Caso Ocupacional  Trabajo en alturas   
 Control  Reubicación  ingreso al SVE  Post incapacidad

Fecha 01/11/2019 EPS EMSSANAR Empresa INPEC

Dirección AVENIDA 2E # 5-23 BARRIO CEIBA DE CUCUTA Teléfono 314 3656565

Sede Actividad DRAGONEANTE Fondo de pension PROTECCION

DI1085321086 Nombre YAIR ARMANDO JOJOA PINTA Hijos 0 Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento 05/06/1995 Edad 24 años

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Separado  U. Libre  Escolaridad: Primaria  Secundaria  Técnico  Univ.  Post Grado

Dirección PASTO Teléfono 3175847562 ARL NINGUNA Municipio Departamento RH O+

Antecedentes clínicos: NIEGA

INFORMACION SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo Antigüedad del Cargo Antigüedad en la empresa Nro. de personas a cargo  
 DRAGONEANTE 0 0 0

Sección OPERATIVO Turno: Diurno  Nocturno  Rotativo

Descripción funciones del cargo: CUSTODIA DE INTERNOS - VIGILAR POR LA SEGURIDAD DE LOS INTERNOS REQUISAS DE VEHICULOS -

Mquinaria, herramientas y materia prima utilizada: NO

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:

Gafas  Casco  Tapabocas  Overol  Botas  Protector auditivo  Respirador  Guantes   
 Escafandre  Cofia  Mangas  Peto  Visera  Otros  CHALECO ANTIBALAS, BASTON, RADIO, RESTRICIONES, REVOLVER, FUSIL O PISTOLA, MINI UZI, GORRA - UNIFORME - TONFA



**SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS**

Nº. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310076 - 7366588 - 3156404983

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

**HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGOS**

Empresa	Cargo	Factor de riesgo														Tiempo Años						
		D	N	R	VB	RA	I	T	PR	P	H	V	ER	BI	PS		EI	M	F	EPP	MEC	OT
DISTRIBUCIONES EL DORADO	BODEGA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>						<input checked="" type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		6
CENRO DE SOLUCIONES Y SUMINISTRO INFORMATICOS	TECNICO EN SISTEMAS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>										<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					<input checked="" type="radio"/>	5

Observaciones:

ACCIDENTES DE TRABAJO SI  NO  TRAJO HISTORIA CLINICA SI  NO

Fecha	Empresa	Tipo Lesión	Parte Afectada	Días Inc	Secuelas	
					SI	NO

INDEMNIZACIÓN SI  NO

Observaciones:



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nit. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel: 7310076 - 7366583 - 3155404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

ENFERMEDAD PROFESIONAL SI  NO  INDEMNIZACIÓN SI  NO  TRAJÓ HISTORIA CLÍNICA SI  NO

Observaciones:

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

Vacuna	Fecha	No. Dosis
influenza	19/02/2019	Dosis 1
toxoidé tetánico/diftérico	06/05/2014	Dosis 1
hepatitis a	08/05/2014	Dosis 1
fiebre amarilla	26/12/2008	Dosis 1
hepatitis b	08/05/2014	Dosis 1

Observaciones:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	SI	NO	Parentesco	Enfermedad	SI	NO	Parentesco
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ASMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
INFARTO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		TBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ACV	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ARTRITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ENF. MENTAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ÚLCERA PÉPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		CANCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		OTROS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Observaciones: NIEGA

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
CEFALEA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	BRONQUITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA INGUINAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
DEF. VISUAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ASMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA UMBILICAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SORDERA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TBC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HERNIA EPIGÁSTRICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
OTITIS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	ENF. ACD. PEPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICES EN M.M.I.I.s	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SINUSITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICOCELE	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
TINITUS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLELITIASIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DERMATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
CONVULSIONES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	UROLITIASIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ARTRITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF. URINARIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	LUMBAGO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ENF. CARDIACA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ETS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CERVICALGIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
HEPATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HIPERCOLESTERONEMIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DORSALGIA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ENF. TIROIDES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CÁNCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TUNEL CARPIANO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AMIGDALITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TROMBOSIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DOLOR ARTICULAR	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
RINITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
ENF. MENTALES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: NIEGA AL MOMENTO DE LA CONSULTA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, NIEGA ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS, NIEGA CONSULTA EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA CON PSICOLOGÍA Y/O PSIQUIATRÍA. NIEGA ANTECEDENTES RENALES O URINARIOS. NO EDEMAS NO DISNEAS



Nit. 900849614 - 1  
 Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
 Tel: 7210076 - 7366583 - 3155404983

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Diagnóstico	Procedimiento	Fecha	Complicaciones
NO		11	

ANTECEDENTES TRAUMATICOS

Diagnóstico	Lesión	Fecha	Complicaciones
NO		11	

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS

NO
----

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

Menarquia	Ciclos	Fum	Dismenoreas	Planificación	SI	NO				
Metodo	G	P	A	C	E	M	V	FUP	FUC	Resultado

? Practica algun deporte?  SI  NO Frecuencia  Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual  Ocasional

MICROFUTBOL  
 Ha presentado lesiones deportivas NO  
 Actividades manuales  SI  NO  
 Oficios domésticos  SI  NO

ANTECEDENTES TOXICOS

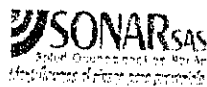
Fuma SI  No  Exfumador SI  No  
 Años de suspensión 0  
 Años de fumador 0  
 Cigarillos al día 0

REVISION POR SISTEMAS

Sistema  SI  NO  
 Síntoma  SI  NO

Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
Sangrado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alteracion Altoraz	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rinorrea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Purito en los ojos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Disnea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción nasal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hiperemia ocular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expección	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreción ocular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hematuria	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Resqueñad ocular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicturia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ardor ocular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polaquuria	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otalgia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenesmo Vesical	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otorrea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alteracion sensitiva	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor en columna	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor en articulaciones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor en articulaciones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deformidad articular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deformidad articular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limitación para movimientos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Limitación para movimientos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inflamación de articulaciones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inflamación de articulaciones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Periostitis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Periostitis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de fuerza muscular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pérdida de fuerza muscular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor con cambios de temperatura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor con cambios de temperatura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de masas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presencia de masas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteracion Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones: ASINTOMATICO, PACIENTE EN ADECUADO ESTADO GENERAL, LUCE PEINADO, ADECUADA HIGIENE PERSONAL, EUPROSEXICO, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, ALERTA, LENGUAJE ARTICULADO, TONO ADECUADO, MEMORIA CONSERVADA, PENSAMIENTO LOGICO, SIN SIGNOS CLINICOS DE ANSIEDAD NI DEPRESION



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nº. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel: 7310076 - 7366563 - 3156404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

EXAMEN FÍSICO: ASPECTO:

Lateralidad D  Z  Talla 165 cm. Peso 53.8 Kg. IMC 19.76 Interpretación NORMAL Ta 110/70 FC 66 /Min. FR 16 /Min.  
Medida cintura 0 cm. Cadera 0 cm. Índice cintura-cadera 0 Bajo peso: <19.5 Normal: 18.5-24.9 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad: >30/0+  
Interpretación índice cintura-cadera

ORGANO O SISTEMA	NORMAL	ANORMAL	
PIEL	Cicatrices	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> LUNARES EN CARA
	Tatuajes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Faneras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
OJOS	Perpados	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Conjuntivas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pupilas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Escleras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Corneas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Fondo de Ojo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Agudeza visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
OIDOS	C. auditivos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pabellones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Timpanos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
NARIZ	Cornetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tabique	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mucosa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	S. Paranasales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
BOCA	Labios	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Lengua	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Amígdalas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Dentadura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
CUELLO	Tiroides	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
TÓRAX	Senos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Corazón	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pulmones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Osteomuscular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
DORSO	Columna Vert.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> Alineación ALIENADA . FLEXION Y EXTENSION DE COLUMNA LUMBAR Schober: CONSERVADOS . ROTACION Y LATERALIZACION CONSERVADOS 5.2cm. Weis: 10cm. Clasificación III
ABDOMEN	Visceras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pared	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hernias	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
GENITALES	Genitales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
EXTREMIDADES	Superiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> Tunnel : D Negativo I Negativo Phalen : D NEGATIVO I NEGATIVO Finkestein : D NEGATIVO I NEGATIVO NEER - HAWKINS-KENNEDY - JOBE - TEST DE YOCUM TEST DE EPICONDILITIS NEGATIVO BILATERAL . NO DEFORMIDADES APARANTES AL EXAMEN FISICO.
	Inferiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> Bostezo: D Negativo I Negativo Cajón: D Negativo I Negativo Lasegue : D NEGATIVO I NEGATIVO MC MURRAY NEGATIVO BILATERAL NO EDEMA NO DOLOR LOCAL A LA PALPACION EN ARTICULACIONES - ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, TENDON DE AQUILES NO

	Vascular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cajón: <input type="checkbox"/> D Negativo <input type="checkbox"/> Negativo
	Fuerza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lasegue: <input type="checkbox"/> D NEGATIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
NEUROLÓGICOS				DOLOROSO A LA PALPACION LOCAL. SE PALPA INTEGRO
	Marcha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SE REALIZAN BABINSKY-WEIL, UNTERBERGER, ROMBERG SENSIBILIZADO, ROMBERG SIMPLE TEST DEDO NARIZ Y DIAOCOCINECHA SIN ALTERACIONES: PARES CRANEAOS NORMALES.
	Sensibilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Reflejos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EXAMENES DE LABORATORIO		FECHA	RESULTADO
TIPO DE EXAMEN			
Cuadro Hemático	Nov 11 2019	NORMAL	
Perfil de Orina	Nov 11 2019	PH: 6.5 ALBUMINA: 10 MG/DL - UROBILINOGENO 0.2 MG/DL	
Colesterol			
Triglicéridos			
Perfil Lipídico			
Glicemia	Nov 11 2019	93.4	
Coproológico			
Serología			
BK			
Gravíder			
Frotis Faríngeo			
Hemodiferenciación			
Visiometría			
Espirometría	Nov 11 2019	Def. Refeje: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Corregida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Obs.	
Audiometría	Nov 11 2019	Normal <input checked="" type="checkbox"/> P. Obstrutivo <input type="checkbox"/> P. Restrictivo <input type="checkbox"/> P. Mixto <input type="checkbox"/> Obs.	
		Normal/NORMAL H. neur	Sens. Grado 1
		H. Conductiva	Grado 2
		H. Mixta	Grado 3
		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Obs. AV 20/20	Diagnóstico
		Nov 11 2019	ELECTROENCEFALOGRAMA: NORMAL - EVALUACION ODONTOLÓGICA: PACIENTE TIPO I - EKG:
		Nov 11 2019	CREATININA: 0.87MG/DL. RX DE COLUMNA DORSO LUMBAR Y RX DE TORAX: NORMAL

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Visual <input checked="" type="checkbox"/>	Auditivo <input checked="" type="checkbox"/>	Respiratorio <input type="checkbox"/>	Cardiovascular <input type="checkbox"/>	Psicosocial <input checked="" type="checkbox"/>	Ergonómico <input checked="" type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
--	--	---------------------------------------	---	---	--	--------------------------------

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

Cód	Examen de Salud Ocupacional	Diagnóstico	Observación
Z100			

**OBSERVACIONES:**

**RECOMENDACIONES:**

**RESTRICCIONES LABORALES:**

CAUSA DE LA RESTRICCION: NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA (PAG. 19) NUMERAL 19. PERFIL PROFESIOGRAFICO PARA EL DRAGONANTE 2017. TALLA MINIMA

Declaración del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mí en este examen están completas y verídicas. Autorizo a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS para que se suministre a la empresa la información requerida por sus directivos incluyendo la presente historia clínica ocupacional, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglamentación legal vigente.

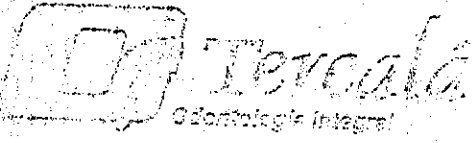


Dr. Hugo Efraín Lasso Medina  
Esp. Salud Ocupacional  
Lic. SO: 1889/2010

*Hugo Efraín Lasso Medina*

Trabajador: YAIR ARMANDO JOJOA PINTA  
CC: 1085321086





Sección Pediatría Bucal y Patología Odontológica

12/1

Fecha: 01-11-2019

Paciente: YAIR ARMANDO JOICA PINTA

Fecha de Nacimiento: D 05 M: 06 A: 1995

Documento de Identidad No. 1085321086 PASTO

Dirección Residencia Mz 22 C6 NUEVO SOL

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: 3175847562

Dirección laboral: \_\_\_\_\_

Ocupación: TECNICO EN SISTEMAS EPS: EMSSANAR

ANTECEDENTES SALUD GENERAL: NO REFIERE

ANTECEDENTE SALUD ORAL: REFIERE EXODONCIAS de 38 y 44 PERIODONCIAS, ODERATORIAS

VALORACION POR SISTEMAS

SISTEMA BUCAL: Normal

SISTEMA PERIODONTAL: Normal

SISTEMA CRANEOFACIAL: Normal

SISTEMA DENTARIO  
ODONTOGRAMA

NO DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO	NO DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO
11	Rv	21	S
12	S	22	S
13	S	23	S
14	Sellado	24	S
15	S	25	S
16	Ac	26	Ac
17	S	27	Ac
18	S	28	S

NO DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO	NO DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO
41	S	31	S
42	S	32	S
43	S	33	S
44	S	34	S
45	S	35	S
46	S	36	HO
47	AO	37	Rc y Av
48		38	

REFERENCIAS: DIAGNOSTICO CLINICO: C: caries, S: Sano, P: parafido A: amalgama, R: resina, Cmc: cromo metal ceramica, F: fónico, Cc: cromo ceramica, I: incrustación, IMP: implante, Rt: resto radicular

UBICACION: m: mesial, d: distal, i: incisal, c: colúsel, c: coronal

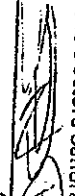
ESTADO: D: desdentado, P: exposición pulpar, EX: exodoncia indicada

DIAGNOSTICO INTEGRAL INICIAL:

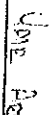
Paciente TUB 1

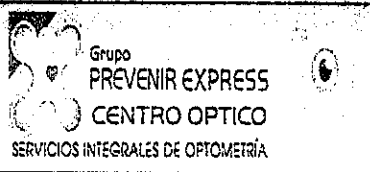
Autorizo a la Doctora Sandra Davila para presentar mi carta dental a las entidades que lo requieran con fines laborales

FIRMA ODONTOLÓGICA

  
Sandra Davila  
Licenciada en Odontología  
Cédula Profesional 123456789  
MONTES DE OCA, ESTADO DE GUANAJUATO

FIRMA PACIENTE

  
Jaime Povedano Lopez



FECH A:	DI A:	MES: NOVIEMB RE	AÑ O: 201 9
------------	----------	-----------------------	----------------------

GRUPO PREVENIR EXPRESS.  
Carrera 29 # 17-89 San Andres  
Diagonal Cámara de Comercio  
Teléfono 7290038 Cel 3104351937-  
3172645522

NOMBRE	YAIR ARMANDO JOJOA PINTA
IDENTIFICACION	108532108 6

AGUDEZA VISUAL							
OJO DERECHO	SC	VL	20/20	VP	20/20	PH	NO APLICA
OJO IZQUIERDO	SC	VL	20/20	VP	20/20	PH	NO APLICA
OJO DERECHO	CC	VL	NO APLICA	VP	NO APLICA		
OJO IZQUIERDO	CC	VL	NO APLICA	VP	NO APLICA		

EXAMEN EXTERNO	
OJO DERECHO	SIN ALTERACIÓN
OJO IZQUIERDO	SIN ALTERACIÓN

OFTALMOSCOPIA	
OJO DERECHO	RETINA APLICADA
OJO IZQUIERDO	RETINA APLICADA

ISHIHARA: 14/14      ESTEREOPSIS: 40" ARCO

EXAMEN MOTOR	
ORTHOFORIA	

DIAGNOSTICO		RIPS
OD: ASTIGMATISMO		H522
OI: ASTIGMATISMO		H522

TIPO | 1

PRESCRIPCION

NO SE PRESCRIBE CORRECCION OPTICA CONTROL 1 AÑO

OPTOMETRA:  
JOSE LUIS VELANDIA CABRA  
TP: 1014213300

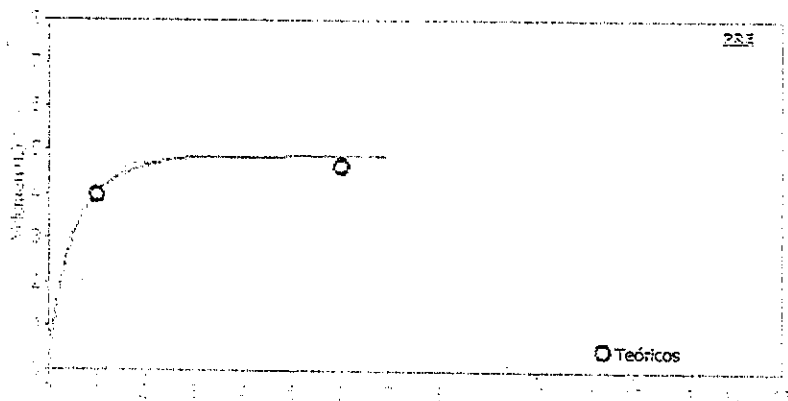
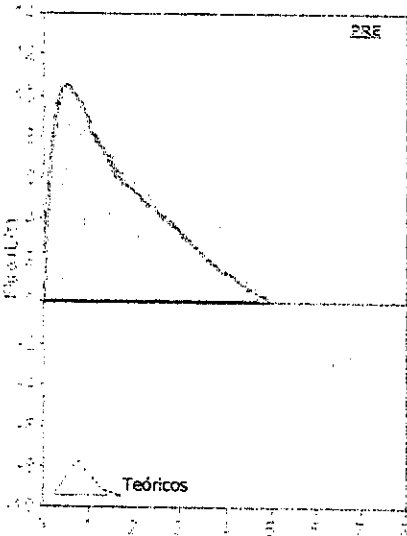
*Jose Luis Velandia*  
OPTOMETRA  
C.C. 1014213300  
P.I.A.

**Resultados de la prueba de Función Pulmonar**

**Fecha de visita 01/11/2019**

Cód. paciente 1085321086	Edad	24
Apellido JOJOA PINTA	Género	Masculino
Nom. YAIR ARAMANDO	Altura, cm	155
Fecha de nacimiento 05/06/1995	Peso, kg	53
Grupo étnico Caucásico	BMI	19,47
Fuma No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes IPS MEDCARE DE COLOMBIA SAS		

FVC FEV1 FEV1%



Grado de control de calidad: B Variabilidad: FEV1=0,05L (1,24%), FVC=0,15L (3,12) Acceptable trials

**Interpretación**  
Espirometría normal

**Fecha prueba PRE 01/11/2019 07:40:06 a.m.**

Parámetros	LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC L	3,85	4,62	4,90*	106	0,59	4,90	4,75			*	
FEV1 L	3,24	3,97	4,09*	103	0,27	4,04	4,09			*	
FEV1/FVC %	75,5	86,1	83,5*	97	-0,41	82,4	86,1			*	
PEF L/s	6,07	8,79	10,51*	120	1,04	10,47	10,51			*	
ELA años		24									
FEF2575 L/s	2,87	4,49	3,82	85	-0,68	3,82	4,17				
FET s		6,00	6,87	115		6,87	2,41				
FVC L	3,85	4,62									
FEV1/VC %	75,5	86,1									

\*Majores valores de todas las curvas - BTPS 1,027 35 °C (95,2 °F) - Teóricos Knudsen

**Informe médico**

Prueba función pulmonar dentro los límites normal

Firma

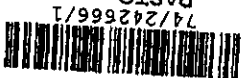
*J. Alf. L. Cruz*

Instrumento usado  
Spirobank II new S/N Y06319

# idime

Fecha: 01/11/2019 09:26:35 a.m.  
Paciente: YAIR ARMANDO JOJOA PINTA  
Examen: ELECTROCARDIOGRAMA  
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S

Sede: PASTO  
Estudio: 62768097 242666  
Documento: 1085321086  
Edad: 24 a 4 m 26 d



## ELECTROCARDIOGRAMA:

INDICACION: Evaluación médica

FC : 51x minuto.  
PR : 166mseg.  
QRS : 110mseg.  
QTc : 411mseg.  
Eje QRS : 102grados

## INTERPRETACION:

BRADICARDIA SINUSAL.  
EJE DERECHO

ANDRES HERNANDO CLEVES CAMARGO  
M.D. CARDIOLOGO

R.M. 79754394  
C.C. 79754394

Transcrito por: BELCINI3

IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.

Bogotá (1) 307 7171, Pereira (6) 325 4200, Manizales (5) 8861747, Cúcuta (7) 572 1055, Ibagué (8) 264 1639, Girardot (8) 835 0528, Bucaramanga (7) 645 9990, Zipaquirá (1) 851 0491, Chiquinquirá (8) 726 6699, Valledupar (5) 589 8339.

www.idime.com.co

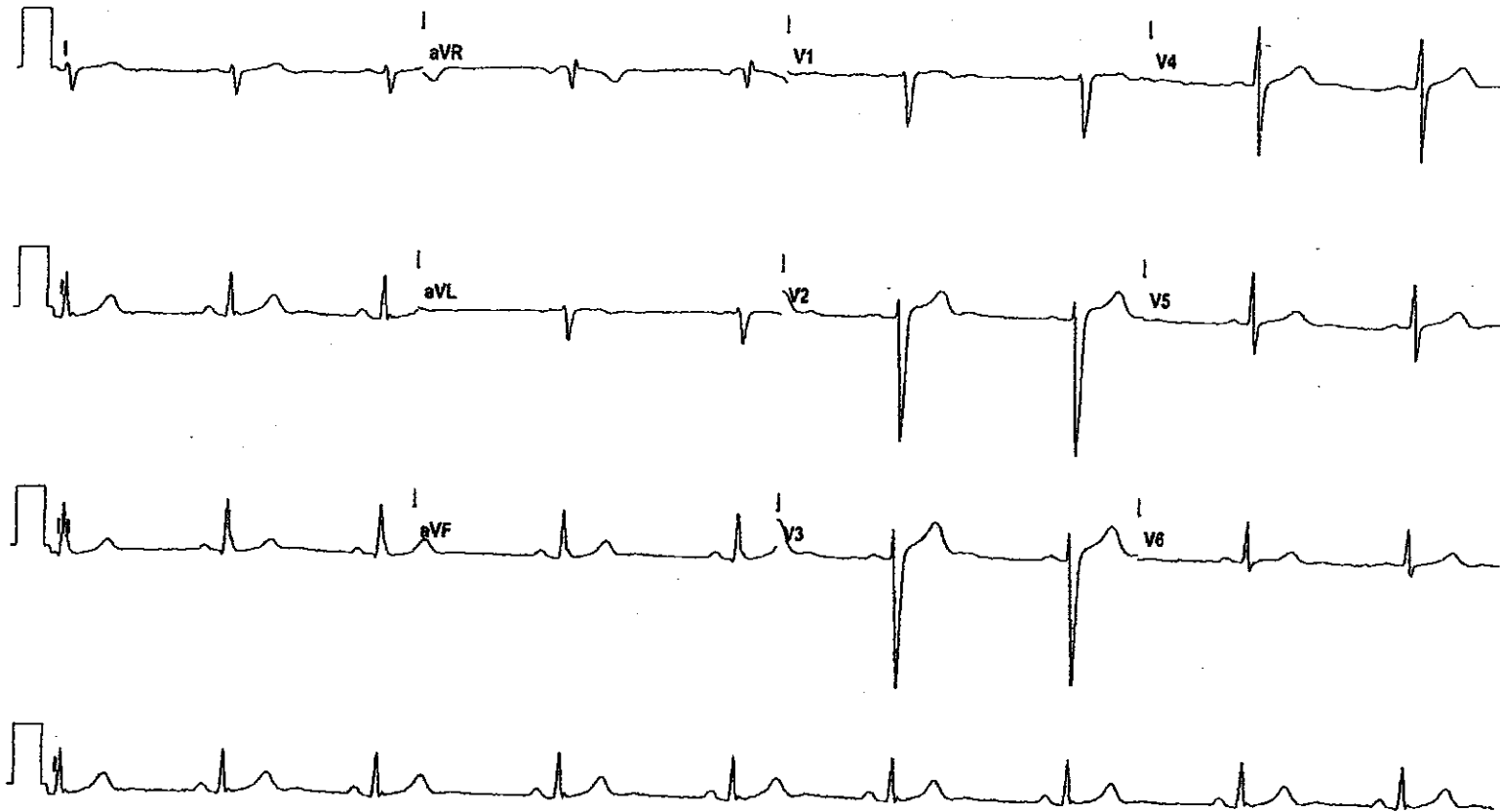
Impreso 05/11/2019 08:45:40 a.m.

16

Last: JOJOA PINTA  
First: YAIR ARMANDO  
ID: 1085321086  
DOB: 05.06.1995  
Age: 24 años  
Sex: Male

01.11.2019 9:20:06 AM

Frec Ventr: 51 LPM  
Int PR: 166 ms  
Dur QRS: 110 ms  
QT/QTc: 433 / 411 ms  
Ejes P-R-T: 71 102 66  
Avg RR: 1159 ms  
QTcB: 402 ms  
QTcF: 412 ms



113290171647

IDIME PASTO

Ubic.# 40 Unid.# 40 ELI Link 4.4.0.14 Secuencia # 41507 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz



01	11	2019	Pasto	INGRESO: _____ EGRESO: _____	
DIA	MES	AÑO	CIUDAD	PERIODICO: _____ CONFIRMATORIA: _____	
NOMBRE <u>Yair Armando Jopa A Pata</u>			EDAD <u>24</u>	SEXO <u>M</u>	
C.C. <u>1085321086</u>		EMPRESA <u>Ips Medicare de Colombia</u>	TELEFONO _____		

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA:**

Descanso Auditivo 0 horas      Realizó re test    SI     NO       Usó cabina sonooamortiguada    SI     NO

Marca y referencia audiómetro utilizado: Fonix FA-1c      Fecha de la Última Calibración 27 de Jul 9

**ANTECEDENTES PERSONALES**

OTOLÓGICOS	SI	NO	TRAUMÁTICOS	SI	NO	EXTRALABORALES	SI	NO
OTALGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEJO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OTITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMA DIRECTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMA ACÚSTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MÚSICA ALTO VOLUMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTORRAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WALKMAN, IPOD, MP3, MP4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRURITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				SERVICIO MILITAR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSACIÓN DE OÍDO TAPADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				POLÍGONO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VÉRTIGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				OTROS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TINNITUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
HIPOACUSIA SUBJETIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUIRÚGICOS	SI	NO	HEREDITARIOS	SI	NO
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIRUGÍA DE OÍDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAMILIARES CON	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			TIMPANOPLASTIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS AUDITIVOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			CIRUGÍA DE CAREZA Y CELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TÓXICOS DEL NERVIJO ACÚSTICO	SI	NO
						TÓXICOS INDUSTRIALES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
						FÁRMACOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR**

Fecha ingreso a la empresa DD / MM / AAAAA      Cargo Progonicants      Rotación SI / NO      Sección \_\_\_\_\_      Antigüedad en el cargo actual    Años

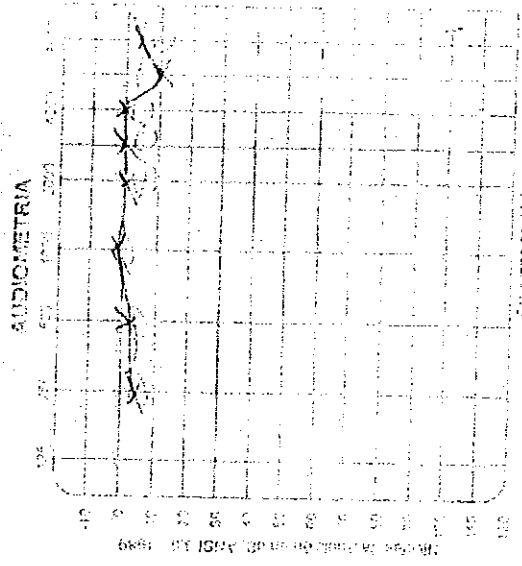
**ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A RUIDO** (No aplica para cargos y empresas sin exposición a ruido)

Nombre del Cargo Desempeñado (cuando con el cargo actual)	Tiempo (Años)	Uso de E.P.A. *		Nombre de la Empresa (cuando con la última empresa (último trabajo))	EN OTRAS EMPRESAS		Tipo de Elemento de Protección Auditiva Utilizado
		EN LA EMPRESA ACTUAL			Nombre del Cargo	Tiempo (Años)	
		Tipo*	Tolerancia*				
<u>Progonicants</u>		I	C				

E.P.A.: Elemento de Protección Auditiva, Tipo de Elemento de Protección Auditiva: I: Inserción, C: Copa, S: Silicón, N: Ninguno, Tolerancia del Elemento de Protección Auditiva: B: Buena, R: Regular, M: Mala.

**EVALUACION**

PRACITGAR MILOSA SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE ALTERACION EN LOS



**ANTROPOMETRIA**  
 ESTADIMETRO: 10 X  
 PESO: 10 X  
 ALTURA: 10 X  
 TEMPERATURA: 10 X  
 PULSO: 10 X  
 PRESION: 10 X

**ANALISIS COMPARATIVO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

**PROGRAMA ESPECIAL DE VISION**

OPCIONES:  
 NORMAL  
 CIEGA  
 CIEGO  
 CIEGA  
 CIEGO

PLATEA: Academia Central

CC: PIA: 3.3dBHL

OL: PIA: 0dBHL

COSEJOS: \_\_\_\_\_

**PROGRAMA ACTIVO** (Mantener siempre en el programa cuando se encuentre en el programa)

CONTROL MEDICINA:  CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGO:  CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGO:

EXAMENES ANTEROS:  EXAMENES POSTEROS:


EVALUADO POR: [Signature]

Dra. Claudia P. Burgos B.

Dr. Armando Jara

10553210816



 CENTRO	<b>PROCESO GESTION AYUDAS DIAGNOSTICAS</b>	Código: FR-GAD-003
	<b>REPORTE DE RESULTADOS EEG / VIDEOTELEMETRIA</b>	Fecha de aplicación Aplicada desde el 28 de septiembre de 2017
		Versión: 1 Páginas: 5 de 20

RESULTADOS EGG:  
EGG NO: 1911006

RESULTADOS VIDEOTELEMETRIA:  
VIDEOTELEMETRIA NO: NO

**DATOS DE IDENTIFICACION:**  
 NOMBRE: Joice Pima Yair Armando  
 N. DE IDENTIFICACION: 1085321086  
 FECHA DE NACIMIENTO: 5 Junio/1995  
 EDAD: 24 A  
 EPS: SONAR SAS  
 DIAGNOSTICO: NA  
 FECHA DE TOMA EXAMEN: 01 noviembre 2019  
 MOTIVO DE REMISION: Valoración INPEC  
 Médico remitente: NA  
 MEDICAMENTOS: NA  
 TÉCNICA E INSTRUMENTO: Estudio de electroencefalograma digital realizado con equipo Cadwell easy III, utilizando registro de 32 canales de EEG simultáneos, según el sistema internacional 1020 de acuerdo a las directivas de la American Electroencephalography Society  
 Sedación: No  
 Estado del Paciente: Despierto  
 Activación: FE-HV

**HALLAZGOS:**  
**TRAZADO DE FONDO:** Registro de encefalografía continuo digital de vigilia caracterizado por presentar ritmos de fondo alfa de 8-9cps y 40-50µV/di de amplitud que se atenúa adecuadamente con la apertura ocular y ritmo beta anterior de 14-16cps y menos de 10µV/di de amplitud. Trazado reactivo con buen gradiente anteroposterior.  
**ANORMALIDADES:** No se observó actividad paroxística, signos de focalización ni asimetrías significativas en el trazado de fondo.  
**PROCEDIMIENTO DE ACTIVACION:** Se realiza hiperventilación durante 4 minutos y fotostimulación a 3,6,9,12,15,18,21,24 y 35Hz sin observar modificación del trazado de fondo.  
**CONCLUSIÓN:**  
 Registro Electroencefalografico de vigilia NORMAL

EXAMEN TOMADO POR: Maria Victoria Calvache Bastidas

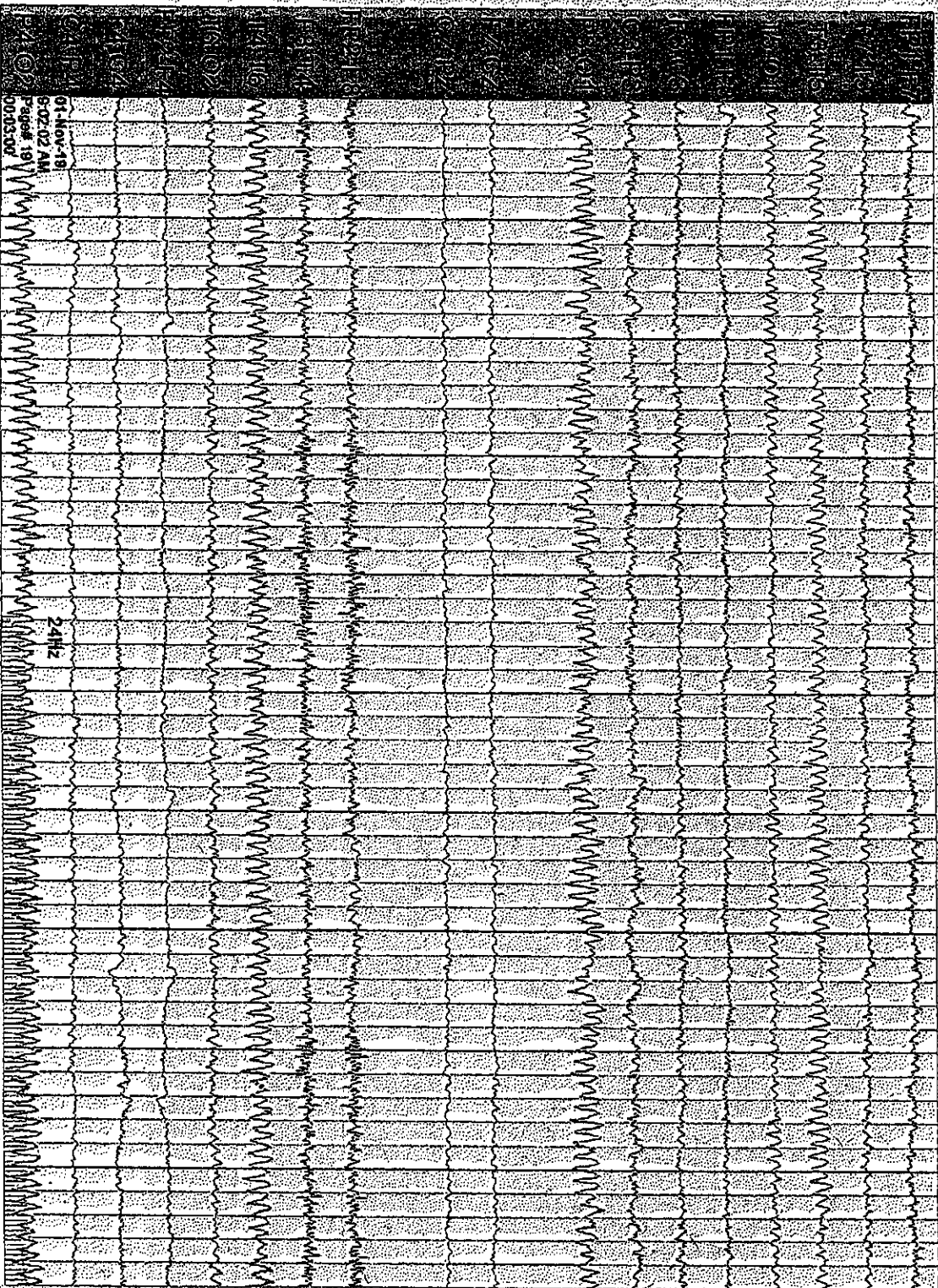
INTERPRETADO POR:

*(Firma manuscrita)*  
 RAMIRO VILLAVIEDES B.  
 MEDICO NEUROPEDIATRA  
 RM 52826-00 CC: 98.379.377

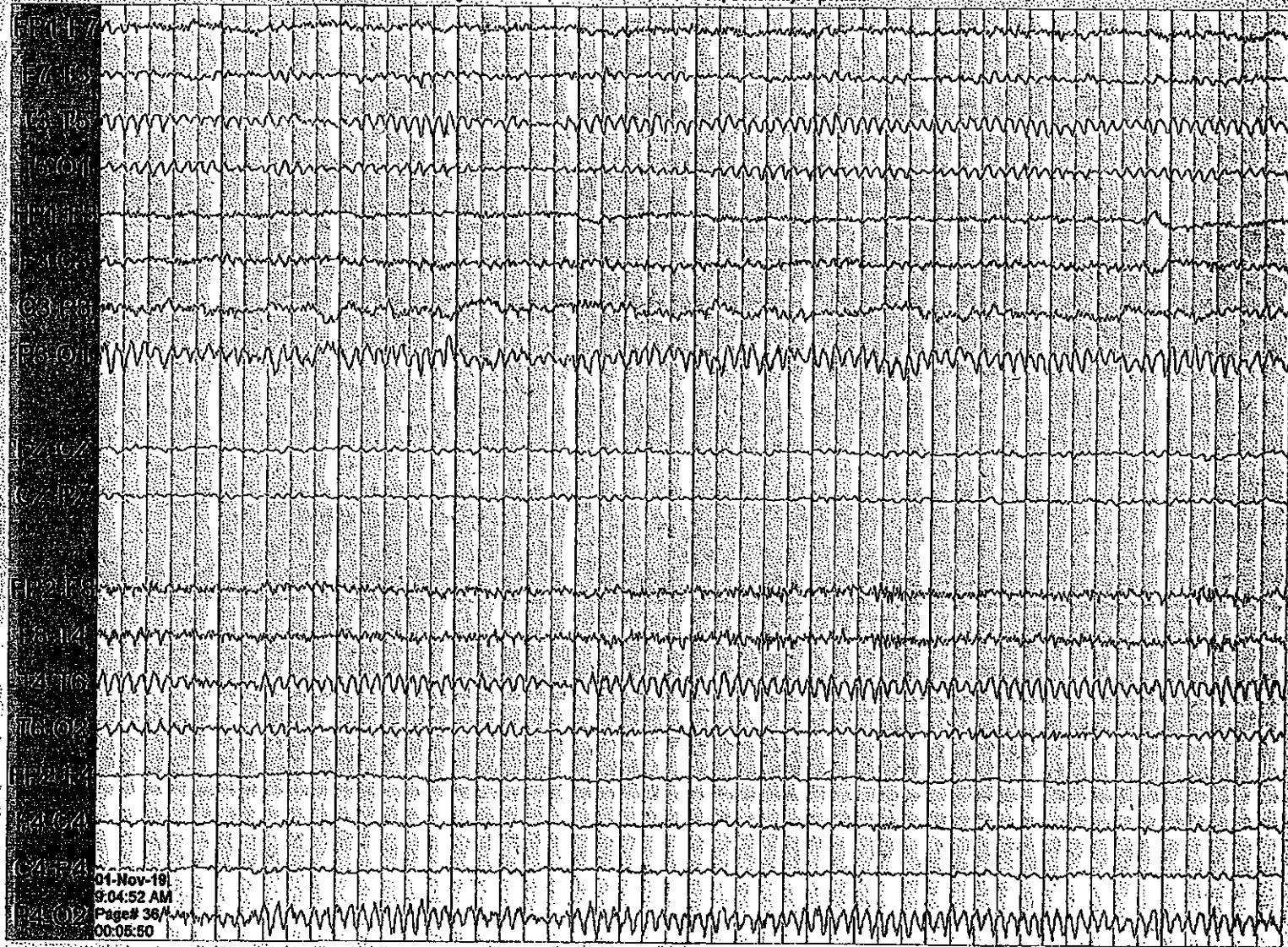
Se anexa trazado  
 Proyecto: María Victoria Calvache Bastidas

Calle 16 # 45 - 48 Telefonos 731477 - 7311906 Fax 7312857  
 CALVACHES@EINTEL.COM.CO calvach@eintec.com.co  
 Pasto - Nariño - Colombia

Jayca Pinta, Yare Armando 2019-11-01 06:57:13, Page# 19, 6:02:02 AM, ET 00:03:00, Montage: Adobe Banana, Paper Speed: 30 mm/sec  
High Cnf: 70 Hz, Low Cnf: 1 Hz, Notch On, Sensitivity: 7  $\mu\text{V/mm}$

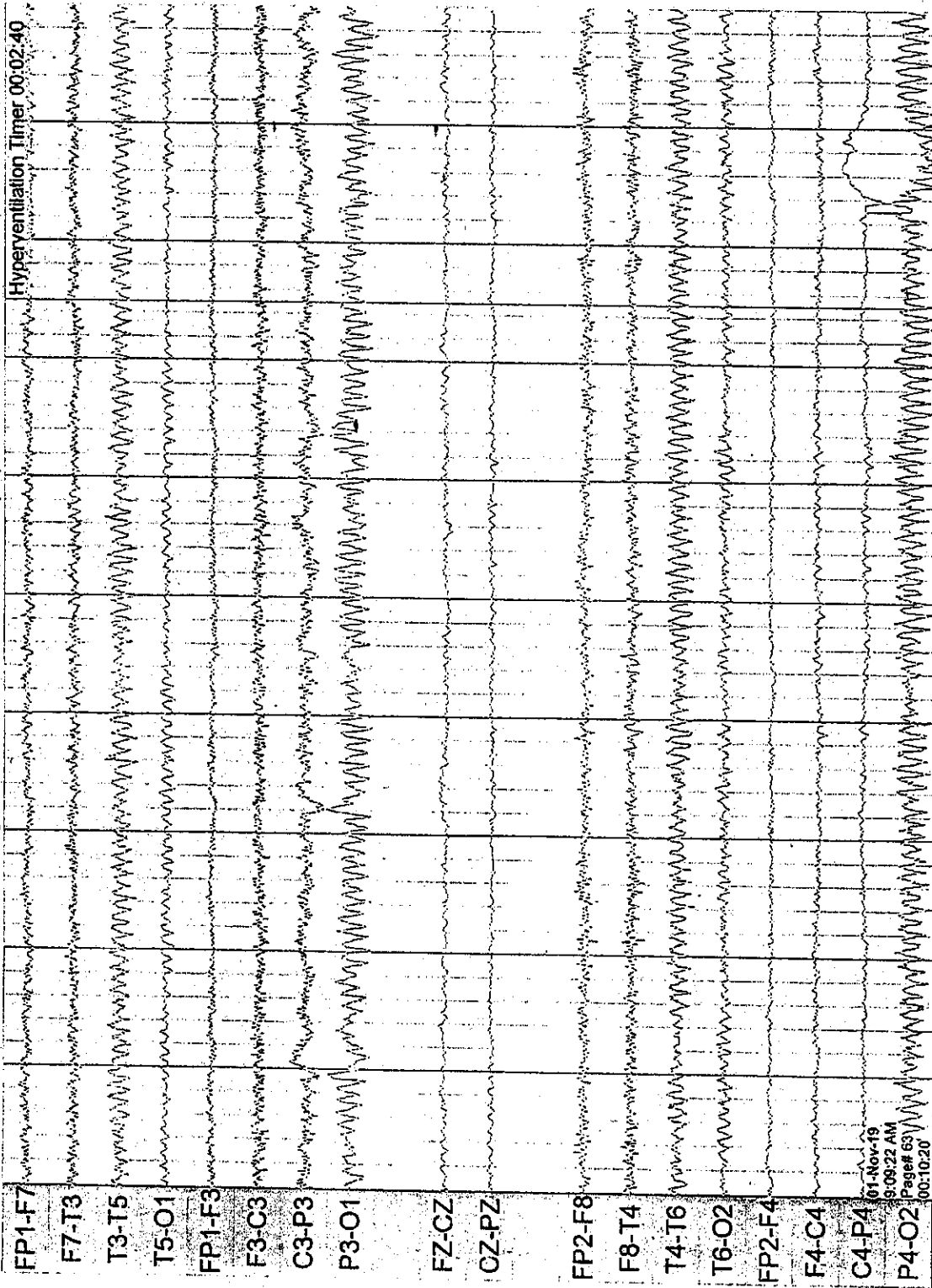


01-Nov-19  
6:02:02 AM  
Page# 19  
00:03:00

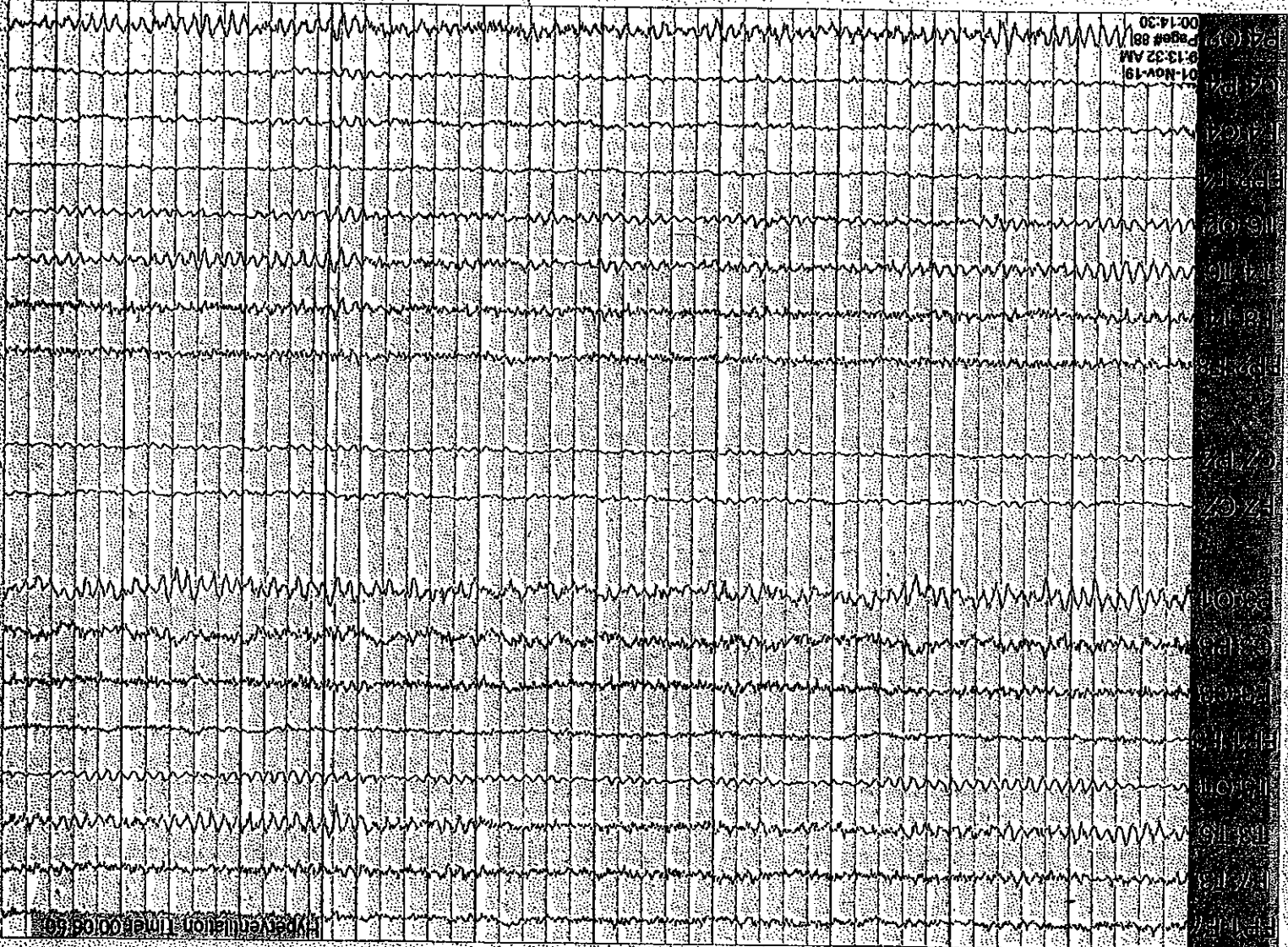


04-Nov-19  
9:04:52 AM  
Page# 36  
00:05:50

Jojoa Pintle, Yair Armando 2019-11-01 09:57:13, Page# 63, 9:09:22 AM, ET: 00:10:20, Montage: ADoble Banana, Paper Speed: 30 mm/sec  
High Cut: 70 Hz, Low Cut: 1 Hz, Natch: On, Sensitivity: 7 µV/mm



25



01-NOV-19  
9:13:32 AM  
Page# 88  
00:14:30

Josua Pina, Yair Armando 2019-11-01 08:57-13, Page# 88, 9:13:32 AM, ET: 00:14:30, Montage: ADouble Banana, Paper Speed: 30 mm/sec  
High Cut: 70 Hz, Low Cut: 1 Hz, Notch: ON, Sensitivity: 7 µV/mm

Hyperventilation Inter00:06:59



# Héctor Dávila Laboratorio Clínico

BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO  
Universidad de Antioquia  
Esn. Hematología y Banco de Sangre  
Pontificia Universidad Javeriana  
Esp. Materiales Peligrosos NBOR  
Ministerio de Justicia y del Interior

NOMBRE YAIR ARMANDO ESCOBAR PINTA      FECHA 11/11/2019  
NUMERO DE REGISTRO 3680      CEDULA DE CIUDADANIA 1085321986  
EDAD 24 AÑOS

REGISTRO NACIONAL 1108  
REGISTRO MIN.SALUD. 4355

## GLICEMIA PREPRANDIAL

GLICEMIA: 93,4 mg/dl

INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA: 70 a 110 mg/dl

## CREATININA

CREATININA: 0,87 mg/dl

INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA: HOMBRES: 0.9 A 1.3 mg/dl  
MUJERES: 0.6 A 1.1 mg/dl

## PARCIAL DE ORINA

### EXAMEN FÍSICO DE LA ORINA

COLOR Y ASPECTO: AMARILLO LIMPIDO  
DENSIDAD: 1015

### EXAMEN QUÍMICO DE LA ORINA

PH: 6,5  
GLUCOSA: NEGATIVO  
BILIRRUBINAS: NEGATIVO  
ALBUMINA: 10 MG/DL  
SANGRE: NEGATIVO  
C. CETONICOS: NEGATIVO  
ESTEARAZA LEUCOCITARIA: NEGATIVO  
NITRITOS: NEGATIVO  
UROBILINOGENO: 0,2 mg/dl

### SEDIMENTO URINARIO DE LA ORINA

LEUCOCITOS 0 A 1 CAMPO, MOCO +

*[Handwritten signature]*  
Laboratorio Clínico  
Héctor Dávila  
Bacteriólogo y Laboratorio Clínico  
Especialista en Hematología y Banco de Sangre

Calle 19 No. 27-104 - Cuarto Piso  
Tcl.: 7296275 - San Juan de Pasto  
hectordavila63@hotmail.com

Residencia: Calle 17 No. 35-42 - Ccl.: 315 486 0018 - Pasto



# Héctor Dávila Laboratorio Clínico

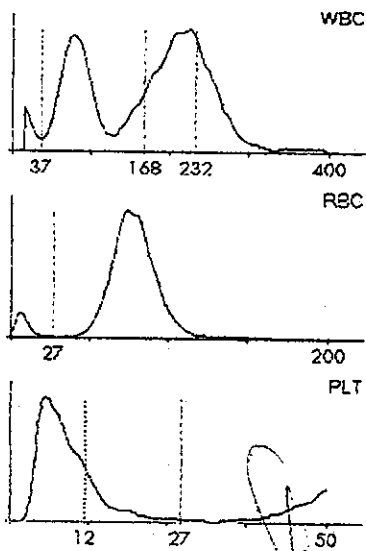
BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO  
Universidad de Antioquia  
Esp. Hematología y Banco de Sangre  
Pontificia Universidad Javeriana  
Esp. Materiales Poligraicos NBOB  
Ministerio de Justicia y del Interior

REGISTRO NACIONAL: 1103  
REGISTRO MIN.SALUD: 4355

ESP HECTOR VICENTE DAVILA PAZ  
HEMATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE  
U. ANTIOQUIA / U. JAVERIANA

Identificación de muestra	3680	Nombre	YAIR ARMANDO JOJOA PINTA
ID paciente	1085321086	Fecha de Nacimiento	00/00/0000
Tipo	Humano	Sexo	Masculino
Fecha de análisis	07/11/2019 05:00 AM	No. De serie:	490005
Fecha de reporte	07/11/2019 05:07 AM	Doctor	

WBC	6.36 10 <sup>9</sup> /μl	5.00	11.60
LYM	1.92 10 <sup>9</sup> /μl	1.30	4.00
MID	0.10 - 10 <sup>9</sup> /μl	0.30	1.00
GRA	4.34 10 <sup>9</sup> /μl	2.40	7.60
LYM%	30.3 %	19.1	48.5
MID%	1.5 - %	4.5	12.1
GRA%	68.2 %	43.6	73.4
RBC	6.15 + 10 <sup>6</sup> /μl	3.79	5.78
HGB	16.8 g/dl	11.5	17.3
HCT	49.01 %	34.00	53.90
MCV	80 - fl	84	98
MCH	27.3 - pg	27.5	32.4
MCHC	34.3 + g/dl	31.7	34.2
RDWc	16.5 + %	11.1	14.0
PLT	269 10 <sup>9</sup> /μl	156	342
PCT	0.20 %	0.16	0.36
MPV	7.6 - fl	8.3	12.1
PDWc	35.5 - %	37.8	43.6
P-LCC	54 - 10 <sup>9</sup> /μl		
P-LCR	20.27 - %		



Lisante 0.80 ml  
PrvW 306/309  
PrvR 355/358

Comentario:

*Laboratorio Clínico*  
**Héctor Dávila**  
NIT: 125889000-0  
ESP. HECTOR VICENTE DAVILA

Calle 19 No. 27-104 - Cuarto Piso  
Tel.: 7296275 - San Juan de Pasto  
hectordavila63@hotmail.com

Residencia: Calle 17 No. 35-42 - Cel.: 315 486 0018 - Pasto

28

# idime

Fecha: 01/11/2019 09:26:35 a.m.  
Paciente: YAIR ARMANDO JOJOA PINTA  
Examen: RX COLUMNA DORSO LUMBAR  
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S



74/242666/3  
Sede: PASTO  
Estudio: 62758097 242666  
Documento: 1085321086  
Edad: 24 a 4 m 26 d

### RX DE COLUMNA DORSOLUMBAR

La densidad ósea es adecuada.

La altura y configuración de los cuerpos vertebrales, al igual que los espacios entre ellos, su alineación y el tamaño del canal raquídeo son normales.

### CONCLUSIÓN :

RX DE COLUMNA TORACOLUMBAR DENTRO DE LÍMITES NORMALES.

**CARLOS FERNANDO NUÑEZ GUERRERO**  
M.D. RADIOLOGO  
R.M. 779  
C.C. 12983252  
Transcrito por: CASING

**IMPORTANTE:** La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.





Fecha: 01/11/2019 09:26:35 a.m.  
 Paciente: YAIR ARMANDO JOJOA PINTA  
 Examen: RX TORAX PA O AP Y LT (DECUBITO LT-OBLICUAS)  
 Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S

74/242666/2  
 Sede: PASTO  
 Estudio: 62758097 242666  
 Documento: 1085321086  
 Edad: 24 a 4 m 26 d

RX TORAX

Estructuras óseas y tejidos blandos visibles sin alteraciones.  
 Tráquea central. Arco aórtico izquierdo.  
 Hilios de tamaño forma, posición y densidad normales.  
 Índice cardiotorácico conservado, ángulos cardio y costofrénicos libres.  
 En el parénquima no hay áreas de consolidación ni masas.  
 No hay cavernas, bulas o neumatoceles.

CONCLUSIÓN:

RX DE TORAX DENTRO DE LA NORMALIDAD

**CARLOS FERNANDO NUÑEZ GUERRERO**  
 M.D. RADIOLOGO  
 R.M. 779  
 C.C. 12983252  
 Transcrito por: CASING

**IMPORTANTE:** La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.

Fecha: 29/11/2019 07:31:00 Empresa: INPEC

Nombre: YAIR ARMANDO JOJOA PINTA

Cargo: DRAGONEANTE

Edad: 24 Años

Doc. Identidad: CC 1085321086

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR

CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO EVALUADO

CAUSA DE LA RESTRICCIÓN: NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA PARA EL DRAGONEANTE 2017. FALTA MINIMA PARA EL DRAGONEANTE 2017. FALTA MINIMA

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Remisión	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> ARL
Remisión	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> EPS
Remisión	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Otro

Manejo por ARL/EPS		Ocupacionales		Hábitos y estilo de vida	
<input checked="" type="radio"/>	Control PYP EPS	<input checked="" type="radio"/>	Control período ocupacional	<input checked="" type="radio"/>	Dieta
<input type="radio"/>	Remisión EPS	<input checked="" type="radio"/>	Higiene postural	<input checked="" type="radio"/>	Ejercicio regular
<input type="radio"/>	Continuar manejo médico	<input type="radio"/>	Uso de elementos protectores personales	<input checked="" type="radio"/>	Dejar hábito fumador
<input type="radio"/>	Remisión ARL	<input type="radio"/>	Uso de ayudas ergonómicas	<input type="radio"/>	Reducir consumo alcohol
<input type="radio"/>	Optimista anual	<input type="radio"/>	Capacitación trabajo en altura	<input checked="" type="radio"/>	Recreación
<input type="radio"/>	Valoración en EPS	<input type="radio"/>	Pausas activas	<input checked="" type="radio"/>	Medidas antiestasis venosas
<input type="radio"/>	Proceso de calificación de origen en EPS	<input type="radio"/>	Otro:	<input type="radio"/>	Otro:
<input type="radio"/>	Odontología	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	Tratamiento hepático	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	Otro:	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	

ENTRANTE B. FORMADO: Yo Declaro que he leído atentamente acerca de la naturaleza y efectos de las acciones de inspección y visitas congresamentales que la empresa SONAR SAS realiza, igualmente conozco para que sean evaluados los estándares correspondientes por parte de los técnicos competentes por parte de la estación médica ocupacional (E.M.O.) INPEC. Los datos personales contenidos en el presente formulario de inspección de la Ley 1097 de 2017 de creación de la E.M.O. en el momento creditario, una vez emitida la lista de censurados con la finalidad de que se proceda a la autorización de uso de fuerza por parte de la E.M.O. INPEC, en el momento que se autorice.

Dr. Jesús Alfredo Ojeda Esp. Salud Ocupacional  
 NIT: 9000296115  
 C.C. 1085321086

Tobador YAIR ARMANDO JOJOA PINTA  
 C.C. 1085321086

NIT 900949814-1  
 Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
 Tel: 7310976 - 7366568 - 3-55494980  
 HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

SONAR SAS

Tipo certificación:

- Ingreso
- Pérdido
- Reubicación
- Retiro
- Caso Ocupacional
- Trabajo en altura
- Control
- Reubicación
- Ingreso al OVE
- Post incapacidad

Fecha: 28/11/2019 EPS EMSA S.A.

Empresa: INPESC

Dirección: AVENIDA 2E # 5-23 BARRIO CEIBA DE CUCUTA

Teléfono: 314 3656565

Actividad DRAGONEANTE

Fondo de pensión PROTECCION

Sede: D1065321086 Miembro para ARMANDO JOACA PINTA

Hijos: Masculino

Fecha de nacimiento: 05/06/1995 Edad: 24 años

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Separado  U. Libre  Escalar  Promovido  Secundaria  Técnica  Univ.  Post Grado

Dirección: PASTO Teléfono: 3175847562 ARL: NINGUNA Municipio: Departamento: RH

Antecedentes clínicos: NIEGA

INFORMACION SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo: DRAGONEANTE  
 Antigüedad del Cargo: 0  
 Antigüedad en la empresa: 0  
 Nro. de personas a cargo: 0

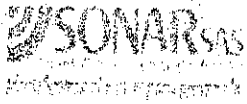
Sección OPERATIVO

Turno: Diurno  Nocturno  Rotativo

Descripción funciones del cargo: CUSTODIA DE INTERNOS - VIGILAR POR LA SEGURO DE LOS INTERNOS REQUISAS DE VEHICULOS - Maquinaria/herramientas y materia prima utilizada: NO

Uso de elementos de protección en el cargo actual o en el último:

- Escarpias
- Gafas
- Casco
- Tapabocas
- Overol
- Botas
- Protección auditiva
- Respirador
- Guantes
- Escarpias
- Colsa
- Mangas
- Pelo
- Visera
- Ovis
- Chaleco ANTIBALAS, BASTON, RADIO,
- RESTRICCIONES, REVOLVER, FUSIL O
- PISTOLA, ANILIZI, GORRA - UNIFORME -
- TONFA



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nº. 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 2 Centro  
Tel: 7310076 - 7366588 - 3155404983

32

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGOS

Empresa	Cargo	Factor de riesgo															Tiempo Años				
		D	N	R	VB	RA	I	F	PR	V	ER	BI	PS	EI	M	F		EPP	MEC	OT	
DISTRIBUCIONES EL TORADO	BODEGA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>									<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		6
CENTO DE SOLUCIONES Y SUMINISTRO INFORMATICOS	TECNICO EN SISTEMAS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>										<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>	5
DISTRIBUCIONES EL TORADO	BODEGA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>									<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		6
CENTO DE SOLUCIONES Y SUMINISTRO INFORMATICOS	TECNICO EN SISTEMAS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>										<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>	5
DIGITAL TOOLS	TECNICO EN SISTEMAS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>									<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		7

Observaciones: NO SABE

ACCIDENTES DE TRABAJO SI  NO  TRAJO HISTORIA CLINICA SI  NO

Fecha	Empresa	Tipo Lesión	Parte Afectada	Días Inc	Secuelas	
					SI	NO

INDEMNIZACIÓN SI  NO

Observaciones:

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

NIT 800849614 - 1  
 Dirección: Calle 17 # 29 - 2 Centro  
 Tel: 7310075 - 7366588 - 3154404953

ENFERMEDAD PROFESIONAL SI  NO  INDENIZACION SI  NO  TRAJO HISTORIA CLINICA SI  NO

Observaciones:

ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS

Vacuna	Fecha	No. Dosis
hepatitis b	01/11/2019	Dosis 1
influenza	12/02/2019	Dosis 1
toxide tetanico/difteric	09/05/2014	Dosis 1
hepatitis a	09/05/2014	Dosis 1
febre amarilla	29/12/2008	Dosis 1
hepatitis b	02/05/2014	Dosis 1

Observaciones:

ANTECEDENTES FAMILIARES

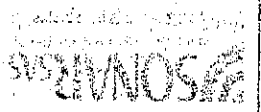
Enfermedad	SI	NO	Parentesco	Enfermedad	SI	NO	Parentesco
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ASMA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
INFARTO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		TBC	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ACV	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ARTRITIS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ALERGIAS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ENF. MENTAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ULCERA PEPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		CANCER	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		OTROS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Observaciones: NIEGA

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
CEFALEA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	BRONQUITIS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	HERNIA INGUINAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEF VISUAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ASMA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	HERNIA UMBILICAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
IDEA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TBC	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	HERNIA EPIGASTRICA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
OMITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF. ACID. PEPTICA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	VARIACIONES EN M. M. L. S.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
SINUSITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLITIS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	VARICOCELE	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
TINITUS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	COLELITIASIS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	DERMATITIS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONVULSIONES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	UROLITIASIS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	ARTRITIS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF. URINARIA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	LUMBAGO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENF. CARDIACA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ETS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	CERVICALGIA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEPATITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HIPOCOLESTERONEMIA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	DORSALGIA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENF. TIROIDES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	CANCER	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	TUNEL CARPIANO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
AMIGDALITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TROMBOSIS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	DOLOR ARTICULAR	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
RINITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DIABETES	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			
ENF. MENTALES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ALERGIAS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Observaciones: NIEGA AL MOMENTO DE LA CONSULTA ANTECEDENTES PATOLOGICOS. NIEGA ANTECEDENTES PSQUIATRICOS. NIEGA CONSULTA EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA CON PSICOLOGIA Y/O PSQUIATRIA. NIEGA ANTECEDENTES REUMATICOS. NIEGA ENFERMAS NO DISINAS.



NH 300845614 -  
 Dirección: Calle 17 # 29 - 2 Centro  
 Tel. 7310076 - 7366588 - 3155444983  
 HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Diagnóstico	Procedimiento	Fecha	Complicaciones
NO	NO		

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

Diagnóstico	Lesión	Fecha	Complicaciones
NO			

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS

Medicamento	Clases	Fum	Dismenorrea	Planificación	SI	NO

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

Metodo	G	P	A	C	E	M	V	FUP	FUM	Dismenorrea	Planificación	SI	NO

MICROFUTBOL

Ha presentado lesiones deportivas	NO	SI	Examen médico	Actividades manuales	NO	SI	Ocios domésticos	NO	SI

ANTECEDENTES TOXICOS

Fuma	SI	NO	Extumador	SI	NO	Años de suspensión	D	Dieta	Ocasional	Secundario	Cincentral	Clasificación	SI	NO

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntoma	SI	NO	Síntoma	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
Dolor Precoital			Prurito			Sangrado			Alteración Visual			Alteración Visual		
Capitachones			Dispepsia			Alteración Motora			Atrofia			Atrofia		
Sincope			Tenesmo rectal			Obstrucción nasal			Epiteloma ocular			Epiteloma ocular		
Descomposición			Vertigo			Expectoración			Secreción ocular			Secreción ocular		
Defecación			Sordera			Disuria			Presbiteria ocular			Presbiteria ocular		
Insomnio			Dolor torácico			Hematuria			Dolor ocular			Dolor ocular		
Sistonia			Dolor abdominal			Nicturia			Colora			Colora		
Insos			Epigastralgia			Poliquituria			Colora			Colora		
Prisema			Estreñimiento			Tenesmo Vesical			Dolor en columna			Dolor en columna		
Hiperidrosis			Diarrea			Alteración sensitiva			Dolor en articulaciones			Dolor en articulaciones		

Observaciones: ACINTOMÁTICO PACIENTE EN ADECUADO ESTADO GENERAL, LUCIF PERILADO, ADECUADA HIGIENE PERSONAL, PROSEXICO, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, ALERTA, LENGUAJE ARTICULADO, TONO ADECUADO, MEMORIA CONSERVADA, PENSAMIENTO LOGICO SIN SIGNOS CLINICOS DE ANSIEDAD NI DEPRESION

SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nr. 900549614 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel. 7310076 7366588 - 3155404963

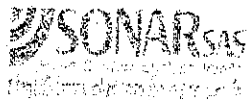
HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

35

EXAMEN FÍSICO: ASPECTO

Lateralidad  D  Z  O Talla 165 cm. Peso 55 Kg. IMC 20.20 Interpretación Normal Ta 110/70 FC 68 /Min. FR 20 /Min.  
Medida cintura 80 cm. Cadera 80 cm. Índice cintura-cadera 0 Bazo normal 11.5 Normal 16.5-24.8 Sobre peso 25-29.9 Obesidad > 30.0  
Interpretación índice cintura-cadera:

ORGANO O SISTEMA		NORMAL	ANORMAL	
PIEL	Cicatrices	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	LUNARES EN CARA
	Tatuajes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Faneras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
OJOS	Parpados	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Conjuntivas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pupilas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Escleras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Corneas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Fondo de Ojo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Agudeza visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	OIDOS	C. auditivos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pabellones		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Timpanos		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
NARIZ	Corneos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Tabique	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Mucosa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	S. Paranasales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
BOCA	Labios	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Lengua	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Amígdalas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Dentadura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CUELLO	Tiroides	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
TÓRAX	Senos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Corazón	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Pulmones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Osteomuscular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
DORSO	Columna Vert.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Albicanon ALIENAR A. FLEXION Y EXTENSION DE COLUMNA LUMBAR Schaber CONSERVADOS. ROTACION Y LATERALIZACION CONSERVADOS 5.2cm. Vuela. 10cm. Clasificación III
ABDOMEN	Visceras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Parod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Hernias	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
GENITALES	Genitales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EXTREMIDADES	Superiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tinel: D Negativo I Negativo
				Phalen: D NEGATIVO I NEGATIVO
				Finkelstein: D NEGATIVO I NEGATIVO
				NEER - HAWKINS KENNEDY - JOBE - TEST DE YOCUM TEST DE EPICONDILITIS NEGATIVO BILATERAL. NO DEFORMIDADES APARANTES AL EXAMEN FÍSICO.
Inferiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bostezo: D Negativo I Negativo	
			Cajón: D Negativo I Negativo	
			Laseque: D NEGATIVO I NEGATIVO	
			NO MURRAY NEGATIVO BILATERAL NO EDEMA NO DOLOR LOCAL A LA PALPACION EN ARTICULACIONES ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS. TENDON DE AGUILES NO	



# SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

NIT. 800549614

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel. 7310076 7369568 - 3 55404953

36

## HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

				Cajón: <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Negativo Lesión: <input type="radio"/> NEGATIVO <input type="radio"/> NEGATIVO DOLOROSO A LA PALPACION LOCAL. SE PALPA INTEGRO
	Vascular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
NEUROLÓGICOS	Fuerza	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	SE REALIZAN BABINSKY WEIL, UNTERBERGER, ROMBERG SENSIBILIZADO, ROMBERG SIMPLE TEST DEDO NARIZ Y DIADOCOCINECIA SIN ALTERACIONES; PARES CRANEALES NORMALES.
	Marcha	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Sensibilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Reflejos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### EXÁMENES DE LABORATORIO

TIPO DE EXÁMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro Hemático	Nov 11 2019	NORMAL
Parcial de Orina	Nov 11 2019	PH 6.5 ALBUMINA 10 MG/DL - UROBILINOGENO 0.2 MG/DL
Colesterol		
Triglicéridos		
Perfil Lipídico		
Glicemia	Nov 11 2019	93,4
Contrológico		
logia		
BK		
Gravindex		
Frotis Faringeo		
Hemoclasificación		
Visiometría		Def. Refracto Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Corregido Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Obs.
Espirometría	Nov 11 2019	Normal <input checked="" type="radio"/> P.Obstructivo <input type="radio"/> P. Restricitivo <input type="radio"/> P. Mixto <input type="radio"/> Obs.
Audiometría	Nov 11 2019	Normal NORMAL H_neur Sens. Grado 1 Grado 2 Grado 3 H. Conductiva H. Mixta Obs.
Optometría	Nov 11 2019	Normal <input checked="" type="radio"/> Obs. AV 20/20
		Diagnóstico

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicosocial  Ergonómico  Otros

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnóstico	Observación

### OBSERVACIONES:

DEDULA DE CIUDADANIA TIENE UNA TALLA DE 1.64 MT

### RECOMENDACIONES:

### RESTRICCIONES LABORALES:

BASE DE LA RESTRICCIÓN: NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA (PAG. 191 NUMERAL 19. PERFIL PROFESIOGRAFICO) DEL DRAGONEANTE 2017, TALLA MINIMA.



Declaracion del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mi en este examen es an completas y verdicas. Autorizo a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS para que se suministre a la empresa la informacion requerida por sus directivos incluyendo la presente historia clinica ocupacional para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional como lo exige la reglaminacion legal vigente.

*Jesus Alfredo Ceron*

Dr Jesus Alfredo Ceron Esp. Salud Ocupacional  
Lic SO: 312/2019  
Rm: 9907

*VAIR ARMANDO JOJOA*

Trabajador: VAIR ARMANDO JOJOA PINTA  
CC: 1085321086



**CNSC**



Comisión Nacional  
del Servicio Civil

IGUALDAD, MÉRITO Y OPORTUNIDAD



**INPEC**

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

38

Bogotá, 10 de Diciembre de 2019

Señor:

**YAIR ARMANDO JOJOA PINTA**

Aspirante Concurso Abierto de Méritos

Convocatoria N° 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes.

**Asunto:** Respuesta Reclamación resultados de la Valoración Médica

Respetado aspirante:

En el marco del Contrato de Prestación de Servicios No. 248 de 2019 suscrito entre la Universidad de Pamplona y la Comisión Nacional del Servicio Civil de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 20181000006196 de 12-10-2018, la Universidad de Pamplona en cumplimiento de sus obligaciones contractuales, en especial, la de dar respuesta a este tipo de reclamaciones.

El aspirante interpuso la reclamación contra los resultados de la Valoración Médica. Mediante N° de reclamación **262413875** conforme a lo dispuesto en el Acuerdo 20181000006196 del 2018, Convocatoria No. 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes.

El día 18 de Noviembre de 2019, se publicó el resultado de la Valoración Médica, a través de la página web de la Comisión Nacional de Servicio Civil, para lo cual, **los aspirantes tenían derecho a reclamar del 19 al 20 de Noviembre de 2019**, al tenor de lo preceptuado en el Artículo 38 del Acuerdo 20181000006196 del 2018.

En aras de salvaguardar los principios de la Función Pública consagrados en el Artículo 2° de la Ley 909 de 2004 entre ellos; la igualdad, mérito, moralidad, eficacia, economía, imparcialidad, transparencia, celeridad y publicidad, en virtud de la reclamación interpuesta por el aspirante, la Universidad de Pamplona como ente Operador Logístico del Concurso abierto de méritos, correspondiente de la Convocatoria 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes, y en cumplimiento de sus obligaciones contractuales, procedió a dar respuesta al aspirante en los siguientes términos:

La presentación de la Valoración Médica no constituye una prueba dentro de la convocatoria, sino que constituye un requisito previo y obligatorio para ingresar al

Comisión Nacional del Servicio Civil  
Carrera 16 No. 96 – 64, Piso 7, Bogotá D.C., Colombia  
Pbx: 57 (1) 3259700 Fax: 3259713  
Línea nacional 01900 3311011 | atencionalciudadano@cncs.gov.co  
Correo exclusivo para notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@cncs.gov.co  
Horario Atención al Ciudadano: Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:30 p.m.

1



CNSC



Comisión Nacional  
del Servicio Civil

IGUALDAD. MÉRITO Y OPORTUNIDAD



INPEC  
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

39

concurso de Capacitación u Orientación en la Escuela Penitenciaria Nacional del INPEC, esta valoración analiza la aptitud médica y psicofísica, entendida esta de manera general como la capacidad mental y física que posee un ser humano para desempeñar una actividad u oficio.

Con ocasión a la valoración médica, las inhabilidades de este tipo se encuentran reguladas en la Resolución No. 002141 del 09 de julio 2018 *"Por medio del cual se actualiza el Profesiograma, Perfil Profesiograficos y Documento de Inhabilidades Medicas Versión 4 para el empleo de Dragoneantes, Versión 3 para los empleos de Inspector Jefe"*

La capacidad médica y psicofísica de los aspirantes a ingresar como alumnos de la Escuela Penitenciaria Nacional, se califica bajo los conceptos de **APTO** y **NO APTO**.

El aspirante que cumpla con todas las condiciones médicas, físicas, psicológicas y demás que le permitan desarrollar normal y eficientemente la actividad correspondiente, según el Profesiograma del Empleo de Dragoneante establecido por el INPEC, será considerado **APTO**.

Será calificado **NO APTO** el aspirante que presente alguna alteración médica, según el Profesiograma del Empleo de Dragoneante establecido por el INPEC, razón por la cual será excluido del proceso de selección

El aspirante que obtenga calificación definitiva de **NO APTO** en la Valoración Médica, será excluido del proceso de selección en esa instancia.

Respecto a su solicitud donde manifiesta: *"...realizarme una segunda valoración médica, cuyos costos asumo:Talla..."* La Universidad de Pamplona como operador logístico del proceso concursal, citó a todos los aspirantes que manifestaron en su reclamación de forma expresa y clara la intención de realizar una segunda valoración médica.

Una vez realizada la nueva valoración por medio de la IPS correspondiente, el dictamen médico determinó que el aspirante presenta una restricción o inhabilidad para ejercer el cargo al cual aspira, toda vez que el rango de la misma se encuentra por debajo del límite de talla exigida por empleo a proveer. Lo anterior teniendo en cuenta lo establecido en el Artículo 47 del Acuerdo 20181000006196 de 2018:

(...)

**ARTÍCULO 47°.- ESTATURA MÍNIMA Y MÁXIMA DE LOS ASPIRANTES.** De conformidad con la Resolución No. 002141 del 09 de julio de 2018 del INPEC,



CNSC



Comisión Nacional  
del Servicio Civil

IGUALDAD, MÉRITO Y OPORTUNIDAD



INPEC  
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

40

uno de los requisitos de Aptitud Física del aspirante es la estatura, la cual debe encontrarse dentro de los siguientes rangos:

- Hombres Mínima: 1.66m y Máxima: 1.98m
- > Mujeres Mínima: 1.58m y Máxima: 1.98m

**La estatura de los aspirantes será evaluada al momento de la presentación de la valoración médica, dicha medición será realizada por el Médico Especialista en Salud Ocupacional, siendo ésta la única valoración válida para el proceso de selección.**

La Comisión Nacional del Servicio Civil recomienda que el interesado que no cumpla con los estándares de estatura mínima y máxima aquí precisados, no se inscriba en el proceso, so pena de ser excluido.

(...)

Asimismo, es importante reiterar al aspirante que al momento de realizar la inscripción el mismo acepto la totalidad de las reglas de la convocatoria tal y como lo establece el numeral 7 del Artículo 9 del acuerdo 20181000006196 de 2018:

**ARTÍCULO 9º.- REQUISITOS GENERALES DE PARTICIPACIÓN.**

Para participar en el proceso de selección se requiere:

(...)

7. Aceptar en su totalidad las reglas establecidas en el Proceso de Selección.

(...)

En este entendido se evidencia que, el aspirante presenta una inhabilidad para prestar el servicio en la INPEC, toda vez que, dentro del proceso de selección y en la búsqueda del personal idóneo se debe observar el marco normativo y jurisprudencial que ha venido descartándose en los pronunciamientos de las Altas Cortes, dándose las modificaciones realizadas por la rama legislativa que se observarán en el profesiograma, siendo un factor influyente en el reclutamiento de aspirantes a formar parte de la guardia penitenciaria, creándose perfiles acordes a las necesidades y funciones a realizar en la institución, respetándose los derechos fundamentales como seres humanos ajustados a la Constitución política y el bloque de constitucionalidad.



**CNSC**



Comisión Nacional  
del Servicio Civil

IGUALDAD, MÉRITO Y OPORTUNIDAD



**INPEC**  
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

41

Por otra parte, se le informa al aspirante que el día 10 de Diciembre de 2019 se publicaran resultados definitivos de la Valoración Médica, los cuales puede consultar a través de la página web de la CNSC, con su usuario y contraseña.

En consecuencia, **SE RATIFICA** el estado de **NO APTO** del aspirante **YAIR ARMANDO JOJOA PINTA** identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1.085.321.086**, dentro de los resultados de la Valoración Médica de la Convocatoria 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes.

Frente a esta decisión que resuelve la reclamación contra los resultados de la Valoración Médica de la Convocatoria 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes, no procede ningún recurso quedando en firme la misma.

Cordialmente,

**ARMANDO QUINTERO GUEVARA**  
Líder del proceso de reclamaciones  
C.C. 13487199 de Cúcuta  
T.P No. 93352 del C. S. de la J.





Proyectó: Elkin G.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
 FUERZAS MILITARES  
 EJERCITO NACIONAL  
 FUENTE MILITAR DE PRIMERA CLASE  
 RESERVA DE PRIMERA CLASE

1086321086

NOMBRES: VAIR ARMANDO  
 APELLIDOS: JOJICA PERITA

FUSILERO

ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 4903 Y DEMÁS LEYES QUE LO MENCIONEN O ADICIONEN.


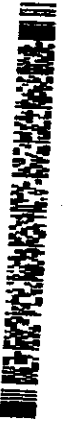
PERTENECE A LA RESERVA DE:  
 FECHA DE 1ª LÍNEA: 2015      FECHA DE 2ª LÍNEA: 2025      FECHA DE 3ª LÍNEA: 2035

UNIDAD MILITAR:  
 FECHA DE EMISIÓN: 13/05/2016  
 DISTRITO MILITAR: 020

A082356

*PT*

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJERCITO

**CONTRIBUIMOS EN LA FORMACION DE CIUDADANOS DE BIEN  
CON DISCIPLINA, ESTUDIO, TRABAJO Y RESPONSABILIDAD**

Original  Duplicado

1. Pone la tarjeta de Reservista y Consérvela en Buen Estado.
2. Cuando cambie de domicilio preséntese en la Alcaldía, Distrito Militar o Comando de Circunscripción Militar para informar el hecho.
3. Cuando se decreta movilización o llamamiento especial preséntese en la Unidad Militar más cercana, o el Alcalde del Municipio de su residencia. El cumplimiento le ocasionará sanciones previstas en el artículo 143 del Código de Justicia Penal Militar.

**DEBERES DE LOS RESERVISTA DE PRIMERA CLASE**

**MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO**  
**INPEC**  
INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO

SUBDIRECCION DEL CUERPO DE CUSTODIA  
TARJETA DE CONDUCTA

El **RESERVISTA GENERAL** de la Unidad Militar hace constar que el **RESERVISTA GENERAL** **JOHN RAFAEL GONZALEZ** con la matrícula de Reservista **12-03-2016** con la tarjeta de Reservista **12-03-2016** en esta Unidad, del **12-03-2016** al **12-03-2016** ha mantenido una conducta excelente durante su servicio.


**USUARIO**  
**EXCELENTE**

Militar obligado en esta Unidad, del **12-03-2016** al **12-03-2016**

**BOGOTA 22-01-2016**

**LUGAR Y FECHA**

**FIRMA Y POS. FIRMA**



**EXAMEN ODONTOLOGICO AUXILIARES BACHILLERES**  
**1. SELECCIONE CON UNA (X) EL EXAMEN A PRACTICAR**  
Primer Examen ( ), Tercer examen ( ), Examen licenciamiento (X).

19/19

2. TERCER EXAMEN  
3. LUGAR Y FECHA  
4. APELLIDOS Y NOMBRES JOJOA PINTA YAIRE ARMANDO  
5. C.C.N° 1085321036  
6. EDAD 20 7. ESTADO CIVIL SOLTERO 8. NATURAL DE PASTO

**EXAMEN ODONTOLOGICO**

9. ESTADO GENERAL CAVIDAD BUCAL Buena  
10. TEJIDO GINGIVAL Sano  
11. OCLUSION buena  
12. ANODONCIA no  
13. AUSENTES 18-39  
14. C. MAX.SUP. no  
15. C.MAX.INF. no  
16. R. ABANDONADAS no  
17. FX. CORONALES no  
18. MAL POSICION no  
19. PERIAPICALES no  
20. FISTULAS no  
21. PARADONTOSIS no  
22. DESVITALIZADOS no  
23. PROTPARCIAL no  
24. PROT TOTAL no  
25. ODONTOGRAMA


**GLOSARIO**

CARIES:  
AMALGAMA:  
AUSENTE:  
EXODONCIA INDICADA:  
RESTO RADICULAR:  
REQUIERE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS: (En Rojo)  
PROTESIS:  
PRESENTA TRATAMIENTO DE CONDUCTOS: (En Negro)

FRACTURA:  
RESINA:  
EN ERUPCION:  
SELLANTES:  
CORONA:

26. BSERVACIONES  
27. APTO X NO APTO \_\_\_\_\_ CODIGO DE INHABILIDAD \_\_\_\_\_  
28. FIRMA ODONTÓLOGO [Signature]  
29. REGISTRO DONTOLOGICO 19264

*Dr. Rose Mary Pineda R.  
Odontóloga P. T.  
Reg. 19264G*



**FORMATO O.P. 018-08 V02  
EXAMEN PSICOLÓGICO DE CAPACIDAD PSICOFÍSICA  
PARA LICENCIAMIENTO DE AUXILIARES BACHILLERES DEL INPEC**

1 Ciudad y fecha 18/19

2 Apellidos y Nombres JOSEA PINTA YAIV ARMANDO

3 Edad 20 4 Fecha de Nacimiento 05 DE JUNIO DE 1995

5 Estatura 1.65 6 Cédula N° 1085321096 de PASTO

7 Ciudad en la que fue incorporado POPAYAN - CAUCA

8 Establecimientos donde prestó el servicio militar obligatorio:

8.1 Centro de Instrucción: CENTRO DE INSTRUCCION POPAYAN

8.2 Lugar de destinación: ERMSC- IPALES

8.3 Traslados: NO

9 Experiencia Positiva del Servicio Militar

ME ENSEÑO HACER MAS ORDENADO MAS RESPONSABLE EN EL TRABAJO ASIGNADO, Y RESPETUOSO CON TODAS LAS PERSONAS

10 Experiencia negativa del Servicio Militar

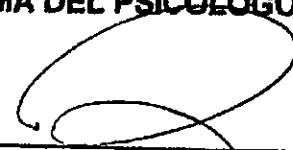
NINGUNA

11 Aplicar prueba MINIMLT

12 Conforme al artículo 3° del Decreto Ley 1796 de 2000, el auxiliar examinado es:

APTO                      APLAZADO                      NO APTO                     

13 FIRMA DEL PSICÓLOGO N° Registro Profesional 154742

  
RODOLFO BH

21 46

EXAMEN MÉDICO AUXILIARES BACHILLERES

1. SELECCIONE CON UNA (X) EL TIPO DE EXAMEN A PRACTICAR

Primer Examen ( ), Tercer examen ( ), Examen licenciamiento ( )

- 2. PRIMER EXAMEN 17/19
- 3. LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_
- 4. APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_
- 5. CC. N° \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 6. EDAD \_\_\_\_\_
- 7. NATURAL DE \_\_\_\_\_
- 8. ANTECEDENTES HEREDITARIOS \_\_\_\_\_
- 9. ANTECEDENTES PERSONALES \_\_\_\_\_
- 10. EXÁMENES DE LABORATORIO \_\_\_\_\_
- 11. EXAMEN \_\_\_\_\_ 12. FECHA \_\_\_\_\_ 13. RESULTADO \_\_\_\_\_
- 14. CUADRO HEMÁTICO \_\_\_\_\_
- 15. PARCIAL DE ORINA \_\_\_\_\_
- 16. SEROLOGIA \_\_\_\_\_

EXAMEN CLÍNICO

- 17. OJOS \_\_\_\_\_ 18. OÍDOS \_\_\_\_\_ 19. NARIZ \_\_\_\_\_
- 20. AMÍGDALAS \_\_\_\_\_ 21. CARDIOVASCULAR \_\_\_\_\_
- 22. RESPIRATORIO \_\_\_\_\_
- 23. DIGESTIVO \_\_\_\_\_
- 24. SIGNOS VITALES \_\_\_\_\_
- 25. T.A. \_\_\_\_\_ 26. F.C. \_\_\_\_\_ 27. F.R. \_\_\_\_\_ 28. PESO \_\_\_\_\_ 29. TALLA \_\_\_\_\_
- 30. ENDOCRINO \_\_\_\_\_
- 31. ÓSEO MUSCULAR \_\_\_\_\_
- 32. PIEL ANEXOS \_\_\_\_\_ 33. DEFORMACIONES \_\_\_\_\_
- 34. HERNIAS Y VARICES \_\_\_\_\_
- 35. OBSERVACIONES \_\_\_\_\_
- 36. APTO \_\_\_\_\_ NO APTO \_\_\_\_\_
- 37. FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_
- 38. REGISTRO MÉDICO \_\_\_\_\_

39. TERCER EXAMEN

- 40. LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_
- 41. OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_
- 42. APTO  NO APTO \_\_\_\_\_
- 43. FIRMA DEL MEDICO Hernando Legarda B.
- 44. REGISTRO MÉDICO \_\_\_\_\_

NO APTO  
Hernando Legarda B.  
MÉDICO CIRUJANO  
MEDICINA DEPORTIVA  
R.S.P. 699

45. EXAMEN DE LICENCIAMIENTO

46. LUGAR Y FECHA: 26 DE ENERO DE 2016

47. EXAMEN CLÍNICO

- 48. OJOS normal 49. OÍDOS normal 50. NARIZ normal
- 51. AMÍGDALAS normal 52. CARDIOVASCULAR normal
- 53. RESPIRATORIO normal
- 54. DIGESTIVO normal
- 55. SIGNOS VITALES \_\_\_\_\_
- 56. T.A. 110/70 57. F.C. 75 58. F.R. 16 59. PESO 55 60. ESTATURA 165
- 61. ENDOCRINO \_\_\_\_\_
- 62. ÓSEO MUSCULAR \_\_\_\_\_
- 63. PIEL ANEXOS no 64. DEFORMACIONES no
- 65. HERNIAS Y VARICES \_\_\_\_\_
- 66. OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_
- 67. APTO  NO APTO \_\_\_\_\_
- 68. FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_
- 69. REGISTRO MÉDICO \_\_\_\_\_

Hernando Legarda B.  
MÉDICO CIRUJANO  
MEDICINA DEPORTIVA  
R.S.P. 699

1.28 Que características cree que deba tener un Auxiliar Bachiller del INPEC

16/19

SER RESPETUOSO CON LOS INTERNOS  
SER RESPONSABLE EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS  
ACTIVO

1.29 OBSERVACIONES

Positiva → Mas ordenada, responsable, respetuosa,  
mejor el trato a los demás  
Negativa → nada

1.30 APTO

SI

NO

1.31 FIRMA DEL PSICOLOGO

TP 154742



15/19

1.22 que piensa de las personas que están reclusas en los centros carcelarios

QUE SON PERSONAS QUE HAN COMETIDO ERRORES POR CUESTIONES DE SU VIDA Y HAN TOMADO MALAS DECISIONES.

1.23 conoce algún centro carcelario SI  NO

1.24 si su respuesta es positiva ¿bajo que circunstancias lo conoció?

1. PORQUE HICE PRACTICA DE INVESTIGACION JUDICIAL EN LA CARCEL DE PASTO

2. MI SERVICIO MILITAR ME DESTINARON A EPWSC - IPIALES

1.25 Situaciones de conflicto que se le hayan presentado durante su vida.

(LA PER) NINGUNA

1.26 Consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo, alcohol:

NO

1.27 Motivo por el cual se presento a prestar servicio militar en el INPEC

PARA RESOLVER MI SERVICIO MILITAR Y SEGUIR LA CARRERA DE DRAGONEANTE, PARA AYUDAR A MI FAMILIA.



## TERCER EXAMEN PSICOLOGICO PARA AUXILIARES BACHILLERES

### DATOS GENERALES AUXILIARES BACHILLERES

14/19

#### 1. INCORPORACION

1.1 Ciudad y fecha

1.2 Apellidos y Nombres

JOJON PINTA YAIR ARMANDO

1.3 Edad

20

1.4 Fecha de nacimiento

05 DE JUNIO 1995

1.5 Estatura

1.65

1.6 Cedula

1095321096

de

PASTO

#### CONFORMACION DEL NUCLEO FAMILIAR

1.7 NOMBRES Y APELLIDOS	1.8 PARENTESCO	1.9 EDAD	1.10 ESCOLARIDAD	1.11 OCUPACION
LUIS ARMANDO JOJON	PAVRE	48	BACHILLER	ALBAÑIL
MIDEIA CLEMENCIA PINTA	MADRE	46	PRIMARIA	AMA DE CASA
FABIO ANDRES CORALES	HERMANO	24	TECNICO	MANTENIMIENTO DE MAQUINAS
ANGIE NATALIA JOJON	HERMANA	18	BACHILLER	ESTUDIANTE

1.12 Lugar que ocupa entre los hermanos

2

1.13 hijo único

NO

1.14 Dirección de la Residencia

MZ 22 C6

1.15 Barrio

NUEVO SOL

1.16 Teléfono fijo

1.17 Celular

3175647562

1.18 bachiller del colegio

I.E.M. INEM - PASTO

1.19 describa 05 cualidades de su forma de ser

RESPONSABLE, RESPETOSO, HUMILDE,

AMISTOSO, AMABLE

1.20 Describa 05 aspectos negativos de su forma de ser

IMPACIENTE

1.21 Actividades que tiene como pasatiempo

JUGAR FUTBOL, ESCUCHAR MUSICA

50

## TERCER EXAMEN ODONTOLÓGICO PARA AUXILIARES BACHILLERES

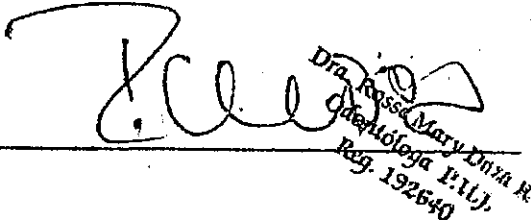
5. FECHA 13/19  
6. NOMBRE VALE ARMANDO LOJOL PINTA  
7. C.C.N° 1085321086 DE PASTO  
8. EDAD 20 5. ESTADO CIVIL SOLTERA 6. NATURAL DE PASTO

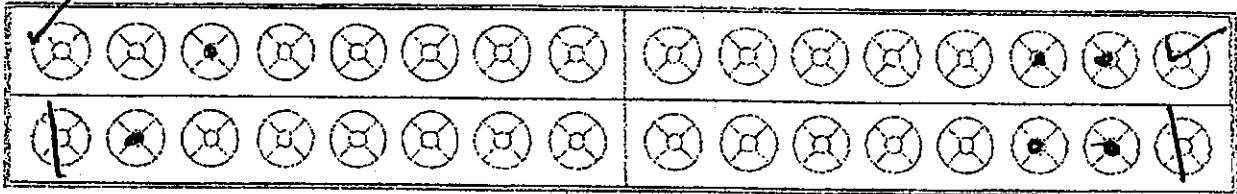
### EXAMEN ODONTOLÓGICO

7. ESTADO GENERAL CAVIDAD BUCAL B  
8. TEJIDO GINGIVAL SUD 9. OCLUSION N  
10. ANODONCIA W 11. AUSENTES 48-38  
12. C. MAX.SUP. W 13. C.MAX.INF. W  
14. R. ABANDONADAS W 15. FX. CORONALES W  
16. MAL POSICION W  
17. LPERIAPICALES W 18. FISTULAS W  
19. PARADONTOSIS W 20. DESVITALIZADOS W  
21. PROTPARCIAL W 22. PROT TOTAL W  
23. OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

24. APTO X NO APTO \_\_\_\_\_

25. FIRMA ODONTOLOGO

  
Dra. Ross Mary Dña R. Quiroz  
Odontóloga I.I.I.J.  
Reg. 192640



## TERCER EXAMEN MEDICO PARA AUXILIARES BACHILLERES

1. FECHA 12/19
2. NOMBRE YAIR ARAUJO DIAZ PINTA
3. C.C.N° 1085321086 DE PASTO
4. EDAD 20 5. ESTADO CIVIL SOLTERO 6. NATURAL DE PASTO
9. ANTECEDENTES HEREDITARIOS \_\_\_\_\_
10. ANTECEDENTES PERSONALES \_\_\_\_\_
11. EXAMEN DE LABORATORIO \_\_\_\_\_
12. EXAMEN \_\_\_\_\_ 11. FECHA \_\_\_\_\_ 12. RESULTADO \_\_\_\_\_
13. CUADRO HEMATICO \_\_\_\_\_
14. PARCIAL DE ORINA \_\_\_\_\_
15. SEROLOGIA \_\_\_\_\_

### EXAMEN CLINICO

16. OJOS normal 17. OIDOS normal 18. NARIZ normal
19. AMIGDALAS normal 20. CARDIOVASCULAR normal
21. RESPIRATORIO normal
22. DIGESTIVO normal
23. TENSION MINIMA 70 24. TENSION MAXIMA 110
25. ENDICRINO normal
26. OSEO MUSCULAR normal
27. PIEL ANEXOS normal 28. DEFORMACIONES no
29. HERNIAS Y VARICES no 30. PESO 35 31. ESTATURA 1.65
32. OBSERVACIONES no

33. APTO  34. NO APTO \_\_\_\_\_

35. OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

REGISTRO MEDICO \_\_\_\_\_

Hernando Legarda B.  
MEDICO CIRUJANO  
MEDICINA DEPORTIVA



52  
29

## CONSENTIMIENTO PARA TOMA IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y/O EXAMENES PARACLINICOS

Yo, YAIR ARMANDO JOJCA PINTA <sup>11/19</sup>, mayor de edad,  
identificado con la cedula de ciudadanía N° 1.085.321.086 expedida en

PASTO AUTORIZO al área de sanidad del Grupo de Servicio Militar del  
INPEC, para que a través de la entidad que autorice para tal fin, realice la toma de  
imágenes diagnosticas, exámenes paraclínicos y demás exámenes especializados.

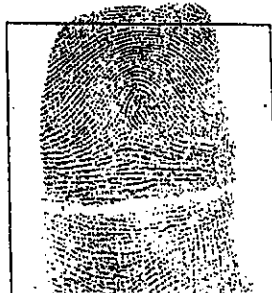
Así mismo hago constar que he sido informado sobre las posibles complicaciones  
secundarias a la toma de las muestras tales como: hematomas, sangrados, flebitis o  
infección entre otros, así como otras derivadas del examen a practicar.

Autorizo para que los resultados de las pruebas de laboratorios sean consultados para  
fines pertinentes únicamente por parte del personal autorizado por el área de sanidad  
del Grupo de Servicio Militar del INPEC.

Se firma a los días 24 del mes FEBRERO del año  
2015

Firma YAIR ARMANDO JOJCA PINTA

Cedula 1.085.321.086



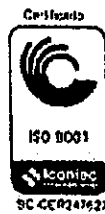




**LABORATORIO LORENA VEJARANO S.A.S.**

SEDE PRINCIPAL CRA. 5A N° 10N-09 POPAYAN

TELEFONOS 8206634 - 8220644 - 8234005



10058588



10/19

Nombre : YAIR ARMANDO JOJOA PINTO  
 Documento : 1085321086  
 Doctor : ..  
 Empresa : LAB CLINICO MARIA GICELA RAMIREZ  
 ESE :

Referencia : 10058588  
 Edad/Sexo : 19 / M  
 Fecha Ingreso : 2015-02-24 12:07:47  
 Fecha Impresión : 2015-02-26 14:58:33.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA

*Dr. María Tomás Martínez*  
 MEDICINA MARIA TOMAS MARTINEZ  
 Uact. N.º 1480

TEST DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ORINA

COCAINA (COC)	NEGATIVO		NEGATIVO
MARIHUANA (THC)	NEGATIVO		NEGATIVO
OPIACEOS (OPI)	NEGATIVO		NEGATIVO
METANFETAMINAS (mAMP)	NEGATIVO		NEGATIVO
EXTASIS (MDMA)	NEGATIVO		NEGATIVO

Técnica: Ensayo Inmunocromatografico

*Kristen Morillo Mórato*  
 Kristen Morillo Mórato  
 Reg. No: 01-46

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"



**LABORATORIO LORENA VEJARANO S.A.S.**

SEDE PRINCIPAL CRA. 5A N° 10N-09 POPAYAN  
TELEFONOS 8206634 - 8220644 - 8234005



54  
303

Nombre : YAIR ARMANDO JOJOA PINTO  
Documento : 1085321086  
Doctor : ..  
Empresa : LAB CLINICO MARIA GICELA RAMIREZ  
ESE :

Referencia : 10058588  
Edad/Sexo : 19 / M  
Fecha Ingreso : 2015-02-24 12:07:47  
Fecha Impresión: 2015-02-26 14:58:33.

9/19

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

**HEMATOLOGIA**  
Serologia - RPR NO REACTIVO No Reactiva

*Jorge Consuegra*  
JESMINA JORGE CONSUEGRA  
Bacteriologa.  
Reg. N° 1121

**MICROSCOPIA**  
UROANALISIS

**ANALISIS FISICO QUIMICO**

Color	AMARILLO
Aspecto	TRANSPARENTE
Densidad	1.015
pH	8.0
Proteinas	Negativo
Glucosa	Normal
Cetonas	Negativo
Urobilinógeno	Normal
Billirrubina	Negativo
Hemoglobina	Negativo
Nitritos	Negativo
Esterasa de Leucocitos	Negativo
Acido ascorbico	Negativo

**ANALISIS MICROSCOPICO**

Leucocitos	0 - 2 XC AP
Células Escamosas	0 - 2 XC AP
Bacterias	ESCASAS

⊖ CAP: Por Campo 40X Alto Poder  
⊖ Toda la Cámara  
⊖ Por Campo 10X Bajo Poder

*Karen Sandoval Coronel*  
KAREN SANDOVAL CORONEL  
BACTERIOLOGA REG. 20-0714

**QUIMICA**  
Glicemia 79 mg/dl

Neonatos Prematuros: 28-80 mg/dl  
Neonatos a Termino : 30-90 mg/dl  
Niños y Adultos : 60-99 mg/dl

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"



**LABORATORIO LORENA VEJARANO S.A.S.**

SEDE PRINCIPAL CRA. 5A N° 10N-09 POPAYAN  
TELEFONOS 8208634 - 8220844 - 8234005

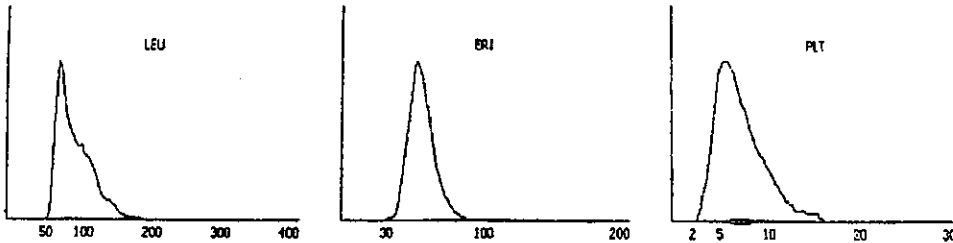


8/19

Nombre : YAIR ARMANDO JOJOA PINTO  
Documento : 1085321086  
Doctor : ..  
Empresa : LAB CLINICO MARIA GICELA RAMIREZ  
ESE :

Referencia : 10058588  
Edad/Sexo : 19 / M  
Fecha Ingreso : 2015-02-24 12:07:47  
Fecha Impresión: 2015-02-26 14:58:35.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
<b>HEMATOLOGIA</b>				
<b>HEMOGRAMA</b>				
LEUCOCITOS (Leu)	8.51	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	5.2-	12.4
ERITROCITOS (Eri)	6.01	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4.2-	6.1
HEMOGLOBINA (Hb)	17.23	g/dl	12.0-	18.0
HEMATOCRITO (Htc)	49.51	%	37.0	52.0
RECuento DE PLAQUETAS (Plt)	301	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	150-	450
PLAQUETOCRITO (Ptc)	0.235	%	0.100-	0.500
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	82.35	fl	80-	99
CONCENTRACION MEDIA DE HB (HCM)	28.66	pg	27.0 -	31.0
CONCENTRACION MEDIA HB CORPUSCULAR	34.80	g/dl	33.0-	37.0
INDICE DISTRIBUCIÓN ERITROCIT-IDE	12.29	%	11.5-	14.5
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO (VPM)	7.81	fl	7.2-	11.1
INDICE DISTRIBUCION PLAQUETARIO-IDP	11.75	%	10.0 -	50.0
<b>DIFERENCIAL</b>				
% LINFOCITOS	29.30	%	19.0-	48.0
% MONOCITOS	4.90	%	3.4-	9.0
% NEUTROFILOS	60.80	%	40.0-	74.0
% EOSINOFILOS	3.90	%	0.0-	7.0
% BASOFILOS	1.10	%	0.0-	1.5
# LINFOCITOS	2.49	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.9-	5.2
# MONOCITOS	0.42	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.16-	1.0
# NEUTROFILOS	5.17	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	1.9-	8.0
# EOSINOFILOS	0.33	10 <sup>9</sup> /uL	0.0-	0.8
# BASOFILOS	0.09	10 <sup>9</sup> /uL	0.0-	0.2
<b>MORFOLOGIA GLOBULOS BLANCOS</b>				
<b>MORFOLOGIA PLAQUETAS</b>				



*Samuel*  
JEAN CARLOS CONQUEBIA  
FARMACIA  
POB 2011201

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Paciente: YAIR ARMANDO JOJOA PINTA

Edad: 19 y

Estatura: NG

Médico:

Medicaciones Auto

PR: 142 ms

QRS: 108 ms

QT / QTc: 404 ms / 389

PID: 1085321086 PARI

Sexo: NR

Peso: NG

Referido:

Notas del médico

Data Collected: 24/02/2016, 10:40 a.m.

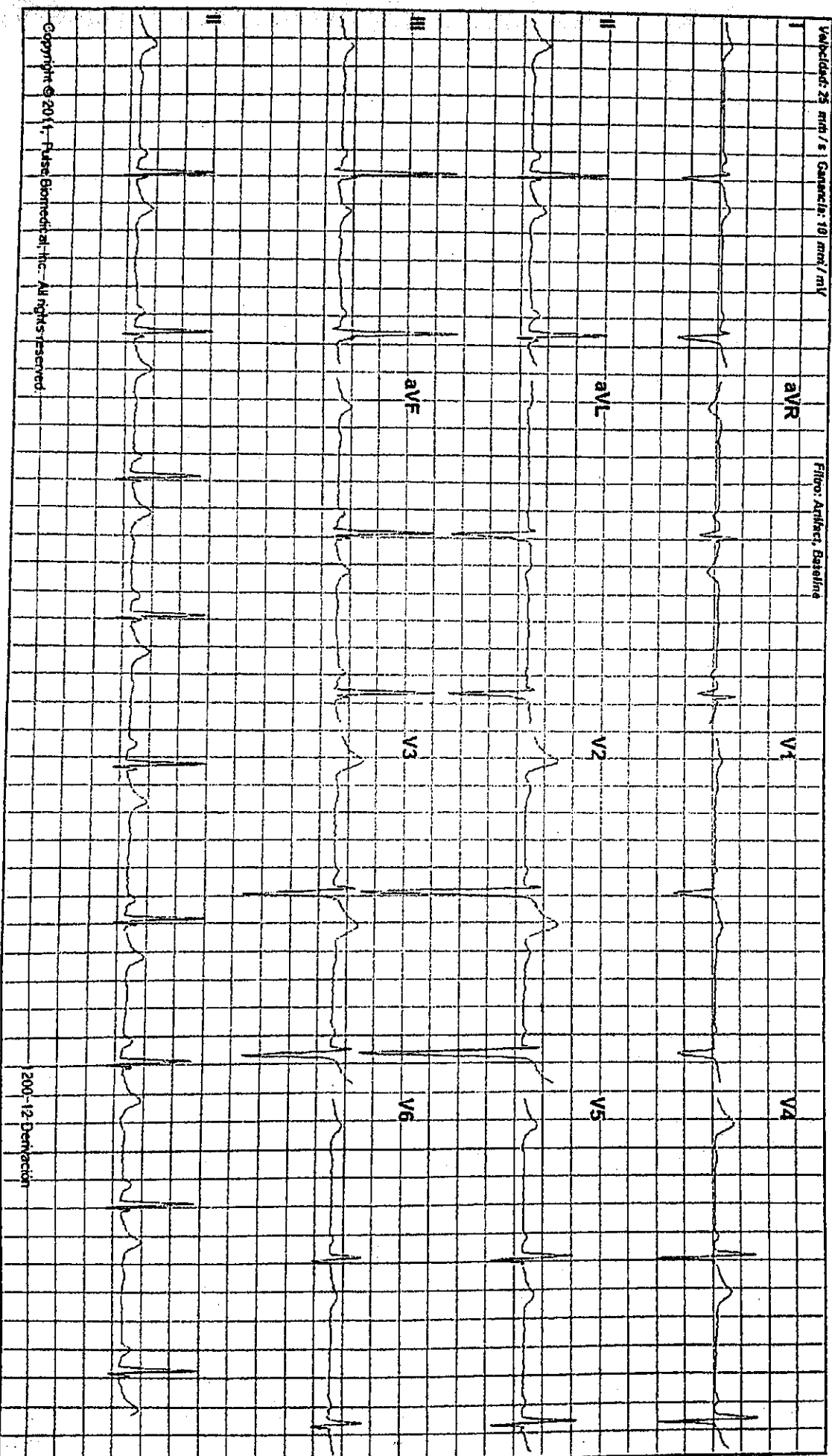
PA ...

FC 56

7/19

Local:

Aprobación del médico \_\_\_\_\_



CARDIOIMAGENES DEL CAUCA - POPAYAN. TEL: 8203097/FAX: 8200203. E-MAIL: CARDIOIMAGENESCAUCA@HOTMAIL.COM  
CALLE 15N N.º 2 - 256 CENTRO MEDICO QUIRRGICO LOS ANDES.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA  
CARDIOLOGO UNIVERSITARIO.  
DR. CARLOS ALBERTO ASTUDILLO ESPINOSA.  
U. DEL CAUCA - BUENOS AIRES  
REG. 739 S. S. C.  
REG. 7408/89  
DR. CARLOS ALBERTO ASTUDILLO  
CARDIOLOGO UNIVERSITARIO  
U. DEL CAUCA - BUENOS AIRES

CORRELACIONAR CLINICAMENTE.

PRECOR INFERIOR. RESTO DEL TRAZADO SIN PARTICULARIDADES.  
CONDICION INTRAVENTRICULAR INDETERMINADO; PATRON DE REPOLARIZACION  
RITMO SINUSAL A 56 LAT/MIN. EJE DESVIADO A LA DERECHA; RETRASO MENOR DE LA

CONCLUSION:

DX : NO REGISTRADO EN ORDEN  
ENTIDAD : PARTICULAR  
EDAD : 19 ANOS  
DOCUMENTO : 1.085.321.086  
NOMBRE : YAIR ARMANDO JOJOA PINTA

POPAYAN, 24 DE FEBRERO 2015.

**\* ELECTROCARDIOGRAMA \***

CARDIOLOGIA CLINICA Y PEDIATRICA - ECOCARDIOGRAMA MODO M, 2D DOPPLER COLOR - ECO STRESS FARMACOLOGICO (DOBUTAMINA) Y CON PRUEBA DE ESFUERZO - ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO - PRUEBA DE ESFUERZO CONVENCIONAL - MONITORIO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL (MAPA) - HOLTER ENG 24HS - ECOGRAFIAS EN GENERAL.



CARDIO IMAGENES DEL CAUCA  
POPAYAN.  
6/19



5/19

### 1.28 Que características cree que deba tener un Auxiliar Bachiller del INPEC

SER RESPONSABLE, ACTIVO, RESPETAR, HONRADO

### 1.29 OBSERVACIONES

El evaluado es un sujeto orientado, es tranquilo y pensativo. Buena presentación personal, lenguaje y pensamiento coherente. Vive en una familia funcional, vive con sus padres. Su meta es clara y segura. Y tener su propio negocio.

1.30 APTO

SI

NO

*Juan Luis P.*  
1.31 FIRMA DEL PSICOLOGO

4/9

1.22 que piensa de las personas que están recluidas en los centros carcelarios que son personas que han cometido delitos por circunstancias de la vida o porque han sido maltratados personas de

1.23 conoce algún centro carcelario SI  NO

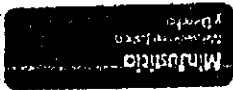
1.24 si su respuesta es positiva ¿bajo qué circunstancias lo conoció? estudio un técnico en investigación judicial en la cual la reacción que tuvo fue en la capital de BAHIA

1.25 Situaciones de conflicto que se le hayan presentado durante su vida. NO

1.26 Consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo, alcohol: NO

1.27 Motivo por el cual se presenta a prestar servicio militar en el INPEC

Porque quiero solucionar mi servicio militar y quiero seguir la carrera de Perito para ASI PAP MIS CONOCIMIENTOS DE TECNICO EN SISTEMAS Y TECNICO EN INVESTIGACION JUDICIAL



59

## EXAMEN PSICOLOGICO PARA INCORPORACION DE AUXILIARES BACHILLERES

### DATOS GENERALES AUXILIARES BACHILLERES

#### 1. INCORPORACION

1.1 Ciudad y fecha POPOYAN 10 DE FEBRERO DE 2015  
 1.2 Apellidos y Nombres JOJOA PINTA YAIR ARMANDO  
 1.3 Edad 19 1.4 Fecha de nacimiento 5 DE JUNIO 1995  
 1.5 Estatura 1.64' 1.6 Cedula 1.085-321-086 de PASTO

3/19

#### CONFORMACION DEL NUCLEO FAMILIAR

1.7 NOMBRES Y APELLIDOS	1.8 PARENTESCO	1.9 EDAD	1.10 ESCOLARIDAD	1.11 OCUPACION
WIL ARMANDO JOJOA M.	PADRE	46	SECUNDARIA	MAESTRO DE OBRA
MARIA CLEMENCIA PINTA	MADE	47	SECUNDARIA	OFICIOS VARIOS
FABIO ANDRE CABALLERO	HERMANO	24	SECUNDARIA	TEC MANTENIMIENTO
ANGIE NATALIA JOJOA P.	HERMANA	17	SECUNDARIA	ESTUDIANTE

1.12 Lugar que ocupa entre los hermanos 2 1.13 hijo único \_\_\_\_\_  
 1.14 Dirección de la Residencia MANZANA 22 CASA 6 NUEVO SOL  
 1.15 Barrio NUEVO SOL 1.16 Teléfono fijo \_\_\_\_\_ 1.17 Celular 312 3897422  
 1.18 bachiller del colegio I.E.M. INEM - PASTO  
 1.19 describe 05 cualidades de su forma de ser SER RESPONSABLE, ACTIVO, RESPETOSO, HONERADO

1.20 Describe 05 aspectos negativos de su forma de ser IMPACIENTE, ME ENOJO

1.21 Actividades que tiene como pasatiempo ESCUCHAR MUSICA, LEER, DESCANZAR





## EXAMEN MEDICO PARA INCORPORACION DE AUXILIARES BACHILLERES

5. FECHA 10 DE FEBRERO DE 2015 2/19  
 6. NOMBRE YAIR DOMINGO JOJOA PINTA  
 7. C.C.N° 1.085.321.086 DE PASTO  
 8. EDAD 19 5. ESTADO CIVIL SOLTERO 6. NATURAL DE PASTO  
 9. ANTECEDENTES HEREDITARIOS negativo  
 10. ANTECEDENTES PERSONALES negativo  
 11. EXAMEN DE LABORATORIO \_\_\_\_\_  
 12. EXAMEN \_\_\_\_\_ 11. FECHA \_\_\_\_\_ 12. RESULTADO \_\_\_\_\_  
 13. CUADRO HEMATICO \_\_\_\_\_  
 14. PARCIAL DE ORINA \_\_\_\_\_  
 15. SEROLOGIA \_\_\_\_\_

### EXAMEN CLINICO

16. OJOS normal 17. OIDOS normal 18. NARIZ normal  
 19. AMIGDALAS normal 20. CARDIOVASCULAR normal  
 21. RESPIRATORIO normal  
 22. DIGESTIVO normal  
 23. TENSION MINIMA 80 24. TENSION MAXIMA 130  
 25. ENDICRINO normal  
 26. OSEO MUSCULAR normal  
 27. PIEL ANEXOS normal 28. DEFORMACIONES no  
 29. HERNIAS Y VARICES no 30. PESO 54 31. ESTATURA 1.64  
 32. OBSERVACIONES no

33. APTO  34. NO APTO \_\_\_\_\_  
 35. OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO \_\_\_\_\_

**Hernando Ilegarda B.**  
 MEDICO CIRUJANO  
 MEDICINA DEPORTIVA  
 B.S. 1991.

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

REGISTRO MEDICO \_\_\_\_\_



## EXAMEN ODONTOLÓGICO PARA INCORPORACION DE AUXILIARES BACHILLERES

1/a

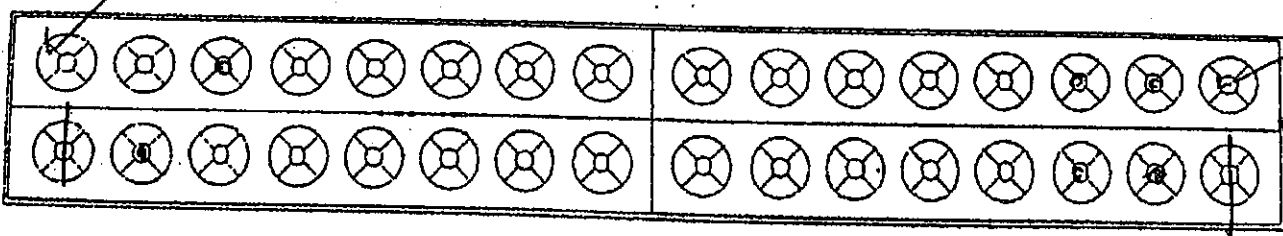
- 1. FECHA 10 DE FEBRERO DE 2015
- 2. NOMBRE YAIR ARMANDO LÓPEZ PINTA
- 3. C.C.N° 1.085.321.086 DE PASTO
- 4. EDAD 19 5. ESTADO CIVIL SOLTERO 6. NATURAL DE PASTO

### EXAMEN ODONTOLÓGICO

- 7. ESTADO GENERAL CAVIDAD BUCAL Buena
- 8. TEJIDO GINGIVAL W
- 9. OCLUSION W
- 10. ANODONCIA W
- 11. AUSENTES 49-38
- 12. C. MAX.SUP. W
- 13. C.MAX.INF W
- 14. R. ABANDONADAS W
- 15. FX. CORONALES W
- 16. MAL POSICION W
- 17. L.PERIAPICALES W
- 18. FISTULAS W
- 19. PARADONTOSIS W
- 20. DESVITALIZADOS W
- 21. PROTPARCIAL W
- 22. PROT TOTAL W
- 23. OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

24. APTO X NO APTO \_\_\_\_\_

25. FIRMA ODONTOLOGO [Firma]





Fecha de impresión: 2019-12-19	Fecha de atención: 2012-07-04
Paciente: TI - 95080517887 - YAIR ARMANDO JOYA PINTA	Sexo: M
Fecha de nacimiento: 1995-06-05	Estado civil: Soltero
Edad: 24 año(s) y 6 mes(es)	Carnet: 143763
Régimen: 2 - Subsidado	
Nivel: 2	
Dirección Residencia: MZ 22 CASA 6 NUEVO SOL	
Teléfono: 3122553937	
Lugar: Pasto - Nariño	
Ocupación: 999 - PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	
Acompañante:	
Responsable:	Parentesco:
Administradora:	

Fecha de ingreso al programa de ECHT	Fecha del diagnóstico de la hipertensión	Fecha del diagnóstico de la enfermedad renal	Fecha del diagnóstico de la enfermedad mellitus
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fecha:	2012-07-04T08:50:03
--------	---------------------

acompañante	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	parentesco		nombre acompañante	
-------------	--	------------	--	--------------------	--

datos de la consulta	
sintomatismo respiratorio	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
sintomatismo de piel	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

Motivo de consulta	JOVEN SANO - ME SIENTO BIEN
Enfermedad actual	JOVEN SANO - SIN TUMOR

Antecedentes	
Patológicos	TRAUMÁTICOS NO
Quirúrgicos	TI(S) INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL NO
Alérgicos	
Inmunológicos	
Pat. Macrológicos	ESTUDIAR OCUPACIONALES NO

TOXICOS	<input type="checkbox"/> BOXER <input type="checkbox"/> MARIJUANA <input type="checkbox"/> EXTASIS <input type="checkbox"/> HEROINA <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> ORGANOFOSFORADOS <input type="checkbox"/> OTRO
PACIENTES SEXO MASCUNINO	
PACIENTES SEXO FEMENINO	

ESPERMARCIA	15 Años <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> 16 Años <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/>
OBSTETRICOS	Gestas <input type="checkbox"/> Partos <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/> Cesáreas <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Muertos <input type="checkbox"/> Mortuorios <input type="checkbox"/>
GINECOLOGICOS	MENARQUIA <input type="checkbox"/> NA <input checked="" type="checkbox"/> Fecha Ult. Menstruación <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ciclos <input type="checkbox"/> Irreg. <input type="checkbox"/> Duración <input type="checkbox"/> No. Compájaros <input type="checkbox"/>
Uterina	Mes <input type="checkbox"/> B-rect. <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> B-rect. <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>

PLASMACION	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	METODO	NATURAL <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/>	DEFINICION	<input type="checkbox"/> CUAL
------------	--	--------	--	------------	-------------------------------

ANTECEDENTES FAMILIARES

ME3A

**MEDICO FAMILIARES**

Convulsión  Alcohólico  Em. Mentales  Tabaquismo  Cáncer  Drogadicción  Historio del tabaquismo de hijos

ANTECEDENTES PERSONALES FACTORES MODIFICABLES	SI	NO	NO SABE	NO APLICA
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Vascul. Periférica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomatitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipo y/o bajo peso al nacer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos Macroscómicos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones				

**OTROS ANTECEDENTES PERSONALES**

Diabetes Situacional 

Pre eclépsia - Edema 

Pese menopausia - Menopausia

Tiempo de evolución de la HTA: Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

Tempo de Evolución de los Trámites: Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

**PROGRAMA JOVEN SANO**

CONVENIENCIA CON CONYUGUE	SI	NO	Resp. Económica	SI	NO
Dependencia Económica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Selección	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Escasez de Recursos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ocupación Conyugal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Figura de Autoridad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Buenas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones Intrafamiliares	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Regulares	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Discusión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Males	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

CONVENIENCIA CON PADRES	SI	NO	Resp. Económica	SI	NO
Dependencia Económica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ocupación Madre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Escasez de Recursos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ocupación Padre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Figura de Autoridad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Parentes a Cargo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Relaciones Intrafamiliares	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Buenas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discusión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Regulares	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**SITUACION PERSONAL**

Previsión de Vida: ESTUDIAR DEPORTES

Animo y Depresión: NO

Adaptación Social: LEVA UNA VIDA TRANQUILA CON SU FAMILIA - AMIGOS - HACE DEPORTES

Discusión Escolar:  SI  NO Rendimiento Escolar:  BUENO  REGULAR  MALO  BUENA Escolar:  BUENA  REGULAR  MALA

Relaciones con Docentes:  BUENO  REGULAR  MALO Relaciones con Compañeros:  BUENO  REGULAR  MALO

Escuela Actual:  SI  NO Último año cursado: \_\_\_\_\_ No. de Establecimientos que ha estudiado: \_\_\_\_\_

Consumo de Sustancias Psicoactivas	SI	NO	Mezcla	SI	NO
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tobaco	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Uso de Armas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trabajo Voluntario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pertenencia a Grupos Organizados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación Tiempo Libre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prácticas Religiosas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Idios y/o Intimitad de Suicidio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Consumo de Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Actividad Física	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Exposición Humo de Leña	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mezcla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**DEPORTES**

Práctica:  SI  NO

Religión:  BUENA  REGULAR  MALA  BUENA  REGULAR  MALA

Condiciones ITS:  SI  NO

Uso Condón:  SI  NO

<p>1. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>2. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>3. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>4. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>5. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>6. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>7. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>	<p>8. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>9. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>10. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>11. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>12. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>13. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>14. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>	<p>15. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>16. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>17. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>18. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>19. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>20. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>21. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>
--	---	---

<p>22. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>23. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>24. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>25. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>26. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>27. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>28. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>	<p>29. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>30. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>31. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>32. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>33. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>34. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>35. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>
---	---

<p>36. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>37. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>38. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>39. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>40. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>41. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>42. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>	<p>43. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>44. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>45. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>46. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>47. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>48. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>49. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>
---	---

<p>50. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>51. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>52. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>53. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>54. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>55. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>56. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>	<p>57. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>58. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>59. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>60. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>61. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>62. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>63. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>
---	---

<p>64. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>65. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>66. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>67. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>68. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>69. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>70. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>	<p>71. ¿Cuál es el propósito de la actividad?</p> <p>72. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>73. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>74. ¿Qué materiales se utilizarán?</p> <p>75. ¿Qué actividades se realizarán?</p> <p>76. ¿Qué recursos se utilizarán?</p> <p>77. ¿Qué materiales se utilizarán?</p>
---	---





Datos Generales de la Consulta: 1105997

Finalidad Consulta: 05 - EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

Causa Externa: 15 - Otra

Tipo Diagnóstico Principal: 2 - Confirmado nuevo

Diagnóstico Principal: Z00 - EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

Diagnóstico Relacionado 1:

Diagnóstico Relacionado 2:

Diagnóstico Relacionado 3:

Handwritten signature or initials, possibly 'F. G. P.' or similar.

UNIVERSIDAD MERCEDES MERCEDES AYALA  
MEDICINA GENERAL  
Calle República 7215514