REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.671.159

ORTIZ DOMINGUEZ
APELLIDOS

ALVARO
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1964
GIRON
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-DIC-1982 LEBRIJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2712100-59162274-M-0005671159-20071201 01922 07335A 02 234892523

CENTRO MÉDICO Y DROGUERÍA RENACER
DR. MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
NIT 79295545-5
La Salud con Calidad Humana
Calle 13 No. 11-48, Lebrija, Santander
3188798450
marco-1705@hotmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CIUDAD: LEBRIJA, SANTANDER FECHA: 3 1 2023

EXAMEN: PREINGRESO [X] PERIÓDICO [ ] EGRESO [ ]

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO 5.671.159 DE LEBRIJA, SANTANDER

NOMBRES Y APELLIDOS: ALVARO ORTIZ DOMINGUEZ

SEXO: F [ ] M [X] EDAD: 68 AÑOS ESTADO CIVIL: DIVORCIADO (A)

DIRECCIÓN: CL 12 5-79, BR CENTRO - LEBRIJA TELEFÓNO: 3227667795

EPS: NUEVA EPS F. PENSION: COLPENSIONES ARL:

GRADO DE ESCOLARIDAD

BÁSICA [ ] MEDIA [X] TÉCNICA/TECNOLÓGICA [ ] UNIVERSITARIA [ ] POSTGRADO [ ]

TÍTULO: BACHILLER ACADEMICO

EMPRESA: EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA E.S.P. NIT: 800137201-5

CARGO: CONDUCTOR FECHA DE INGRESO: 1/01/2023

FUNCIONES PRINCIPALES:

ADMINISTRATIVO [ ] OPERATIVO [X] COMERCIAL [ ]

BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN)

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	[ ]	AUDIOMETRÍA	[ ]	VISIOMETRIA	[ ]
ELECTROCARDIOGRAMA	[ ]	VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA	[ ]	OPTOMETRIA	[ ]
E.M.O ENFASIS OSTEOMUSCULAR	[X]	OTROS:			

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES	[ ]	APTO CON RESTRICCIONES LABORALES	[ ]
APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR	[X]	ENFERMEDAD PROFESIONAL	[ ]
APTO CON RECOMENDACIONES LABORALES	[ ]	ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	[ ]
APLAZADO	[ ]	EGRESO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL	[ ]

RECOMENDACIONES

CONTROL VISUAL ANUAL	[X]	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES	[X]
CONTROL AUDITIVO ANUAL	[ ]	REDUCIR Y CONTROLAR EL PESO CORPORAL	[X]
REALIZAR EJERCICIO AL MENOS TRES VECES POR SEMANA	[X]	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	[X]
UTILIZAR DE FORMA ADECUADA LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	[X]	NO EXCEDER LOS LÍMITES PERMITIDOS PARA EL TRANSPORTE Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS	[X]
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL CRONOGRAMA DE LA EMPRESA	[X]		
REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTE E INCIDENTES LABORALES	[X]	CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRASMISIÓN DE COVID-19 ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA	[X]

OTRO: *Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis en Osteomuscular sin restricciones laborales. Presenta antecedentes de patología Cardiovascular y Endocrina que no representa restricción para su cargo, se le recomienda continuar con el control periódico de Riesgo Cardiovascular, valoración nutricional en su respectiva EPS e ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológico Cardiovascular en su empresa. Presenta además patología a nivel de pared abdominal región umbilical asintomática que no limita ni restringe su capacidad laboral. Se recomienda acudir a cita con su EPS si presenta dolor agudo en región umbilical. Se recomienda realizar actividades de Prevención y Promoción en salud Cardiovascular y Visual.*

REMISIONES

EPS: V/N MEDICINA INTERNA
V/N ENDOCRINOLOGIA
V/N NUTRICIONISTA
V/N MEDICINA GENERAL

ARL:

INGRESO A PVE

CARDIOVASCULAR [X] PSICOSOCIAL [X]

OSTEOMUSCULAR [X] VISUAL [X]

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitación y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntario y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor (a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

R.M: 00274 LICENCIA SST: 21982

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ALVARO ORTIZ DOMINGUEZ

CC: 5671159

RESOLUCION	CODIGO	APJC-R-005
	VERSION	0
	FECHA DE APROBACION	22/05/2013
	PAGINA	1 de 4

RESOLUCION NÚMERO [illegible] DE 14 DIC 2013

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **MARCO ANTONIO SANCHEZ MARTINEZ** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 79.295.545 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012 el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo.

Que por lo antes expuesto el Secretario de Salud Departamental

RESUELVE:

ARTICULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **MARCO ANTONIO SANCHEZ MARTINEZ. – MEDICINA GENERAL – ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 79.295.545, en las áreas de Medicina General en Seguridad y Salud en el trabajo Investigación en área técnicas, Investigación de accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La Licencia de *cual trata el artículo anterior se concede por el termino de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.*

ARTÍCULO 3: Cuando se modifiquen las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia en el termino máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es valida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 5871159

NOMBRE

ALVARO ORTIZ DOMINGUEZ

FECHA DE NACIMIENTO
06-09-1984

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
05-11-2020

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STARIA TTO Y MOVILIDAD DEL MCPIO DE LESRIJA

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	05-11-2029	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	05-11-2023	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01008671948

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PARA CONTRATAR

Lebrija, día 02 del mes de MAYO de 2023

Doctor
JUAN RIVERA LOPEZ
Gerente General
Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios de Lebrija ESP
Ciudad

REFERENCIA: Declaración de no incurso en inhabilidades e incompatibilidades

Yo Alvaro Ortiz Dominguez Identificado con la cedula de Ciudadanía No. 5'671.159 de Lebrija, declaro bajo la gravedad de juramento, que soy legalmente capaz y que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley para contratar y, que en caso de sobrevenir alguna inhabilidad o incompatibilidad, seré responsable frente a la EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA, y frente a terceros por los perjuicios que se ocasionen durante la ejecución del contrato.

Firma
C.C. 5'671.159 de Lebrija