



San Juan de Pasto, 02 de Enero de 2020

Oficio 0013

Señor  
**JUAN PABLO ROSERO OBANDO**



Acción de tutela: 52001 31 87 002 2019 00684 J. 2º EPMS. (CITE al contestar)  
Accionante **JUAN PABLO ROSERO OBANDO**  
C.C.: 1085339102  
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 sustanciación 3201 calendarado 31 de diciembre de 2019 (**Admisión de tutela**)

Atentamente,

FABIO HERNÁN ERASO A.  
Escribiente CSAJEPMSPPASTO



San Juan de Pasto, 02 de Enero de 2020

Oficio 0014

Señor  
Representante Legal (o quien haga sus veces)  
COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL  
Carrera 16 No. 96-64, Piso 7  
Pbx: 57 (1) 3259700  
Correo: [notificacionesjudiciales@cnsj.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@cnsj.gov.co)  
Bogotá D.C.

Acción de tutela: 52001 31 87 002 2019 00684 J. 2º EPMS. (CITE al contestar)  
Accionante: JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
C.C.: 1085339102  
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 sustanciación 3201 calendarado 31 de diciembre de 2019 (Admisión de tutela)
- Traslado del escrito de tutela y sus anexos

Atentamente,

  
FABIO HERNÁNDEZ A.  
Escribiente CSAJEPMSJ PASTO



San Juan de Pasto, 02 de Enero de 2020

Oficio 0015

Señor

**Representante Legal (o quien haga sus veces)**

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA**

Sede principal Pamplona

Km 1, Vía Bucaramanga Ciudad Universitaria

Teléfonos (57+7) 5685303 – 5685304

Correo electrónico: [atencionalciudadano@unipamplona.edu.co](mailto:atencionalciudadano@unipamplona.edu.co)

Pamplona – Norte de Santander

Acción de tutela: 52001 31 87 002 2019 00684 J 2º EPMS. (CITE al contestar)

Accionante: **JUAN PABLO ROSERO OBANDO**

C.C.: 1085339102

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 sustanciación 3201 calendado 31 de diciembre de 2019 (**Admisión de tutela**)
- Traslado del escrito de tutela y sus anexos

Atentamente,

FABIO HERNÁN ERASO A.  
Escribiente CSAJEPMS PASTO



San Juan de Pasto. 02 de Enero de 2020

Oficio 0016

Señor

**Representante Legal (o quien haga sus veces)**  
**Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC**  
Calle 26 No. 27-48  
PBX (57+1) 2347474 / 2347262  
[notificaciones@inpec.gov.co](mailto:notificaciones@inpec.gov.co) [juridica@inpec.gov.co](mailto:juridica@inpec.gov.co)


Acción de tutela: 52001 31 87 002 2019 00684 J 2º EPMS. (CITE al contestar)  
Accionante: **JUAN PABLO ROSERO OBANDO**  
C.C.: 1085339102  
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 sustanciación 3201 calendado 31 de diciembre de 2019 (**Admisión de tutela**)
- Traslado del escrito de tutela y sus anexos

Atentamente,

  
FABIO HERNÁN ERASO A.  
Escribiente CSAJEPMS PASTO



San Juan de Pasto. 02 de Enero de 2020

Oficio 0017

Señor  
**Representante Legal (o quien haga sus veces)**  
**ESCUELA PENITENCIARIA NACIONAL**  
Kilómetro 3 Vía Funza – Siberia  
Correo: [escuela@inpec.gov.co](mailto:escuela@inpec.gov.co)  
Tel: 2347474 ext 4430  
Bogotá D.C.

Acción de tutela: 52001 31 87 002 2019 00684 J. 2º EPMS. (CITE al contestar)  
Accionante: **JUAN PABLO ROSERO OBANDO**  
C.C: 1085339102  
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 sustanciación 3201 calendado 31 de diciembre de 2019 (**Admisión de tutela**)
- Traslado del escrito de tutela y sus anexos

Atentamente,

FABIO HERNÁN ERASO A.  
Escribiente CSAJEPMS PASTO



San Juan de Pasto, 02 de Enero de 2020

Oficio 0018

Señor  
**Representante Legal (o quien haga sus veces)**  
**IDIME S.A.**  
Correo: [Jenny.ramos@idime.com.co](mailto:Jenny.ramos@idime.com.co)  
Cra. 32 # 13-30, Pasto, Nariño  
Pasto-Nariño

Acción de tutela: 52001 31 87 002 2019 00684 J. 2º EPMS. (CITE al contestar)  
Accionante: **JUAN PABLO ROSERO OBANDO**  
C.C.: 1085339102  
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 sustanciación 3201 calendado 31 de diciembre de 2019 (**Admisión de tutela**)
- Traslado del escrito de tutela y sus anexos

Atentamente.

FABIO HERNÁN ERASO A.  
Escribiente CSAJEPMS PASTO



San Juan de Pasto, 02 de Enero de 2020

Oficio 0020

Señores

**Aspirantes de la CONVOCATORIA 800 DE 2018 INPEC DRAGONEANTES**  
**Notificación que se realizara a través de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL**

Carrera 16 No. 96-64, Piso 7'

Pbx: 57 (1) 3259700

Correo: [notificacionesjudiciales@cnsc.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@cnsc.gov.co)

Bogotá D.C.

Acción de tutela: 52001 31 87 002 2019 00684 J. 2º EPMS. (CITE al contestar)

Accionante: **JUAN PABLO ROSERO OBANDO**

C.C.: 1085339102

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 sustanciación 3201 calendado 31 de diciembre de 2019 (**Admisión de tutela**)
- Traslado del escrito de tutela y sus anexos

Atentamente,

FABIO HERNÁNDEZ A  
Escribiente CSAJEPMS PASTO



San Juan de Pasto, 02 de Enero de 2020

Oficio 0014

Señor  
**Representante Legal (o quien haga sus veces)**  
**COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL**  
Carrera 16 No. 96-64, Piso 7  
Pbx: 57 (1) 3259700  
Correo: [notificacionesjudiciales@cnscc.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@cnscc.gov.co)  
Bogotá D.C.

Acción de tutela      52001 31 87 002 2019 00684 J. 2º EPMS. (CITE al contestar)  
Accionante          **JUAN PABLO ROSERO OBANDO**  
C.C.:                    1085339102  
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 sustanciación 3201 calendado 31 de diciembre de 2019 (**Admisión de tutela**)
- Traslado del escrito de tutela y sus anexos

Atentamente,

FABIO HERNÁN ERASO A.  
Escribiente CSAJEPMSP PASTO



RADICACIÓN : 2019-00684-00  
9-00PROCESO : ACCIÓN DE TUTELA  
ACCIONANTE : JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
ACCIONADO : INPEC PASTO  
AUTO SUST. : No. 3201

**República de Colombia**



**Rama Judicial**

**Juzgado Segundo de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de  
Pasto  
Telefax 7334531**

San Juan de Pasto, 31 de diciembre de dos mil diecinueve (2019).

JUAN PABLO ROSERO OBANDO, instaura acción de tutela contra la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL-CNSC, invocando la protección de los derechos fundamentales al debido proceso administrativo, derecho a acceder a la administración pública en igualdad de condiciones y derecho al trabajo en condiciones dignas.

En ese sentido, encuentra el despacho que la acción de tutela instaurada por el apoderado judicial cumple con los requisitos establecidos en el Decreto 2591 de 1991, por lo tanto, se admitirá y se le imprimirá el trámite correspondiente.

De igual forma, considera esta judicatura que, dadas las circunstancias particulares del presente caso es necesario vincular a la UNIVERSIDAD DE PAMPLONA, a la DIRECCIÓN GENERAL DEL INPEC, a la ESCUELA PENITENCIARIA NACIONAL, a IDIME S.A., a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS y a los aspirantes de la convocatoria 800 de 2018 - INPEC Dragoneantes.

El accionante solicita como medida provisional que no se sea excluido de la lista de aspirantes citados para adelantar el curso en la Escuela Nacional Penitenciaria, ordenando que se produzca su inclusión mientras se surte la acción constitucional.

Para efectos de la aplicación de dicha medida, el juez debe evaluar las situaciones de hecho que originan la presentación de la acción de tutela, con el fin de establecer si se da la necesidad y la urgencia de lo requerido por parte del tutelante.

Por lo anterior, se hace necesario realizar un resumen de los hechos que sirven de fundamento a la acción de tutela:

El accionante se encuentra participando en la Convocatoria 800 de 2018 para proveer el cargo de dragoncante del INPEC, proceso vigilado y administrado por la CNSC, en la etapa de valoración médica como último requisito para continuar en la Escuela Nacional Penitenciaria.

Señala el accionante que en la valoración médica practicada por las entidades de salud contratadas por la CNSC se acredita que su estado de salud ocupacional es óptimo, sin embargo, se incluye una restricción con una supuesta radiografía de columna (RAQUISQUISIS DE L5) pero que al

RADICACIÓN : 2019-00684-00  
9-00PROCESO : ACCIÓN DE TUTELA  
ACCIONANTE : JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
ACCIONADO : INPEC PASTO  
AUTO SUST. : No. 3201

ser valorado a profundidad por entidades médicas reconocidas se identifica que no existe diagnóstico reportado en los exámenes practicados.

Informa que la CNSC sostiene su error luego de su solicitud de segunda valoración, por lo que considera que se le está sustrayendo la posibilidad de acceder a un cargo público.

En el presente asunto la pretensión de la medida provisional solicitada por el actor no ofrece urgencia ni es posible determinar *prima facie* la notoriedad del perjuicio cierto e inminente que presupone y amerite dicha medida. Además, no se aportan suficientes elementos de juicio que ameriten decretar su concesión, por tal motivo, se negará.

En virtud de lo anterior, el Juzgado Segundo de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Pasto,

**PRIMERO.** - ADMITIR la acción de tutela instaurada por el señor CRISTIAN CAMILO LOPEZ MONCAYO.

**SEGUNDO.**- VINCULAR a la UNIVERSIDAD DE PAMPLONA, a la DIRECCIÓN GENERAL DEL INPEC, a la ESCUELA PENITENCIARIA NACIONAL, a IDIME S.A., a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS y a los aspirantes de la convocatoria 800 de 2018 - INPEC Dragoneantes, para que ejerzan el derecho de defensa.

**TERCERO.**- NOTIFICAR la anterior decisión por el medio más expedito posible al accionante y a las entidad accionadas, a quienes se les correrá traslado de la demanda de tutela.

**CUARTO.**- NOTIFICAR el auto admisorio de la demanda, a los aspirantes de la convocatoria No. 800 de 2018 - INPEC Dragoneantes, etapa de valoración médica, a través de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL.

Asimismo, deberá publicar en su página web la existencia de la presente acción de tutela, a efectos de garantizar los derechos fundamentales de los participantes en el concurso que se adelanta bajo la convocatoria antes referida y que pudieran resultar afectados con la decisión de fondo.

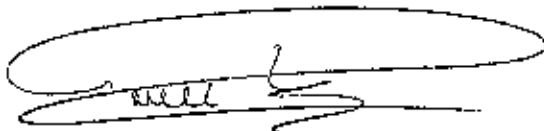
**QUINTO.**- OFICIAR a los representantes legales de la COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL, la UNIVERSIDAD DE PAMPLONA, la DIRECCIÓN GENERAL DEL INPEC, a la ESCUELA PENITENCIARIA NACIONAL, a IDIME S.A., a SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS, para que bajo los presupuestos de los artículos 19 y 20 del Decreto 2591 de 1.991, se sirvan allegar las explicaciones y toda la documentación pertinente al caso planteado. Adviértaseles que al encontrarse amparado por el derecho de defensa pueden allegar las pruebas que estén en su poder o solicitar al despacho las que estime convenientes; que sus informes se entienden bajo la gravedad de juramento y, que la omisión de rendirlos hará presumir como ciertos los hechos alegados en la demanda. Para ello se concede un PLAZO DE DOS (2) DÍAS contados a partir del recibo de la comunicación.

RADICACIÓN : 2019-00684-00  
9-00PROCESO : ACCIÓN DE TUTELA  
ACCIONANTE : JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
ACCIONADO : INPEC PASTO  
AUTO SUST. : No. 3201

**SEXTO. - NEGAR** la medida provisional solicitada.

**SÉPTIMO. - TÉNGASE** como pruebas los documentos allegados con la demanda de tutela.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**RAUL FERNANDO QUIÑONES ARTEAGA**

JUEZ (E)

B.K.S.

Señor  
JUEZ DEL CIRCUITO (R)  
La Ciudad.

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA CON SOLICITUD DE MEDIDA PROVISIONAL  
ACCIONANTE: JUAN PABLO ROSERO OBANDO C.C. No. 1085339102  
ACCIONADO: COMISIÓN NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL, CNSC

### I. IDENTIFICACIÓN.

JUAN PABLO ROSERO OBANDO, mayor y vecino (a) de esta Ciudad, Identificado (a) como aparece al ple 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 FÍSICO 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.

Tercero: Se incluye una restricción con una supuesta radiografía de columna (RAQUISQUIS DE L5) que, al valorarme a profundidad con entidades médicas reconocidas, se puede identificar que no existe el diagnóstico reportado por los exámenes practicados dentro del concurso, debo adicionar que al terminar exámenes se me informó que estaban todo en NORMALIDAD.

Cuarto: 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. Sin dificultad con la flexo-extensión de la columna, realizando servicios de guardia en garitas, patios, con el 100% de posturas prolongadas de ple o sentado.

Quinto: La CNSC confirma sosteniéndose en su error, después de mi SOLICITUD DE SEGUNDA VALORACIÓN que me discrimina, sustrayéndome del derecho a acceder a un cargo público, por encontrar una deformidad en la columna inexistente. Sin resolver de fondo mi reclamación y 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: Obtuve historia clínica particular donde no se evidencia la restricción mencionada por la valoración hecha bajo el contrato de la Convocatoria 800.

Séptimo: En el mes de septiembre del año 2018, me presenté para la Policía Nacional, la misma entidad IDIME, me valoró y en examen de columna se obtuvo resultado de NORMALIDAD.

Octavo: 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 a través de un error evidente que se quiere sostener, porque la deformidad de columna es inexistente, como lo he demostrado a través de todos los medios posibles, incluida valoración particular.

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 formal, cuando sus propias reglas trata del derecho de los aspirantes a impugnar los resultados obtenidos en valoración médica y esa impugnación es inoficiosa si la CNSC no acepta ninguna razón como válida y despacha en formato prediseñado la negativa a corregir sus errores.

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

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 como auxiliar bachiller del Cuerpo de Custodia y Vigilancia del INPEC. \*
3. Valoración médica 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, consecuencialmente 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:

*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 estricta 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 adicionales para los Cursos de Formación y hasta un 400% para el Curso de Complementación, siempre que hayan sido calificados Aptos en la valoración médica.*

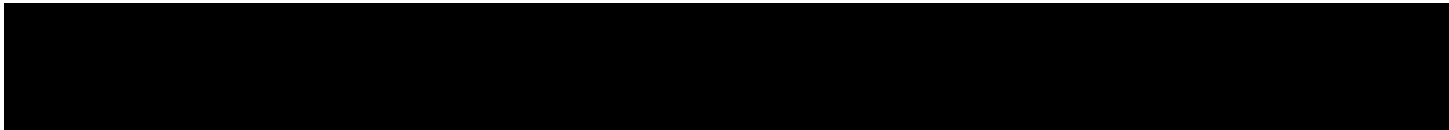
*Contra la publicación de convocados a Curso de Formación o Complementación no procederá ningún recurso.*

**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 mi 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@cncs.gov.co en la Ciudad de Bogotá D.C.



De su Señoría,

Atentamente,



**JUAN PABLO ROSERO OBANDO**  
C.C. No. 1085339102 de Pasto-Nariño

**INGRESO**

Fecha 05/11/2019 16:03:00 Empresa INPEC

Temporari

Nombre JUAN PABLO ROSERO OBANDO Edad 22 Años

Cargo DRAGONEANTE Doc Identidad CC 1085339102



VALORACION ODONTOLOGICA, OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, HEMOGRAMA, CREATININA, GLUCEMIA BASAL, PARCIAL DE ORINA, ELECTROCARDIOGRAMA, ELECTROENCEFALOGRAMA, RX TORAX PA Y LATERAL, RX DORSOLUMBAR, ESPINOMETRIA, EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR

DEBE EVITAR ACTIVIDAD LABORAL QUE EMPLEQUE SOBREFUERZO Y/O ACTIVIDAD FISICA INTENSA, EVITAR MARCHAS Y TIPEDESTACION PROLONGADA, ASCENSO Y DESCENSO DE LAS GARITAS.

\* NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA (RAIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR ALTERADA)

BRANJA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Asi  Audio  Respiratorio  Cardiovascular  Psicosocial  Ergonomico  Otros

REVISION SI  NO  ARL SI  NO  EPS SI  NO

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 type="checkbox"/>
Remisión EPS	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene postural	<input checked="" type="checkbox"/>	Ejercicio regular	<input checked="" type="checkbox"/>
Contribuir 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 checked="" type="checkbox"/>	Capacitación trabajo en altura	<input type="checkbox"/>	Recreación	<input checked="" type="checkbox"/>
Valoración en EPS	<input type="checkbox"/>	Persas activas	<input checked="" type="checkbox"/>	Medidas antitrombosis venosas	<input type="checkbox"/>
Proceso de calificación de origen en EPS	<input type="checkbox"/>	Otro:		Otro:	
Otorrinología	<input type="checkbox"/>				
Tufoación hepática	<input type="checkbox"/>				
Otro:					

ATENCION INFORMADO Yo Declaro que he sido informado acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa SUNAR SAS realizará, Igualmente autorizo para que sean efectuados los procedimientos correspondientes para dicha valoración ocupacional. Reservo copia de la valoración médica ocupacional LEY DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES autoriza a los departamentos establecidos en la Ley 1521 de 2012 de protección de datos personales en cualquier momento podrá enviar una autorización a profesionales con conocimiento de la autorización de uso de datos personales, de lo contrario se asumirá que están autorizadas.

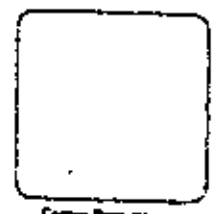
*[Signature]*

Dra. Carmen Elena Lopez Arevalo  
 Esp. Salud Ocupacional  
 U.E. 80: 1209  
 Rm: 62-2003

*[Signature]*

Trabajador: JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
 CC: 1085339102

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad





**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

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

Fecha 05/11/2019 EPS MEDIMAS Empresa INPEC

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

Sede Actividad DRAGONEANTE Fondo de pensión NINGUNA

DIT085339102 Nombre JUAN PABLO ROSERO OBANDO Hijos 0 Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento 29/08/1997 Edad 22 años

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

Dirección PASTO Teléfono 3217042898 ARL NINGUNA Municipio Departamento RH 0+

**INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR**

Nombre del cargo DRAGONEANTE Antigüedad del Cargo 0 Antigüedad en la empresa 1 Nro. de personas a cargo 0

Sección OPERATIVO Turno: Diurno  Nocturno  Rotativo

Descripción funciones del cargo: SEGURIDAD, RECONCILIACIÓN, DISCIPLINA Y ORDEN DE LOS ESTABLECIMIENTOS, CUSTODIA, VIGILANCIA

Maquinaria, herramientas y materia prima utilizada:

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

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

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

2

**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	
MINUCENO		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				

Observaciones:

ACCIDENTES DE TRABAJO SI  NO  TRABAJO HISTORIA CLINICA SI  NO

Fecha	Empresa	Tipo Lesión	Parte Afectada	Días Inc	Secuelas	
					SI	NO

INDEMNIZACIÓN SI  NO

Observaciones:

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

Diagnóstico	Procedimiento	Fecha	Complicaciones
VARICOCELE IZQ	VARICOCELECTOMIA	09/09/2019	NINGUNO

**ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS**

Diagnóstico	Lesión	Fecha	Complicaciones
NO			

**ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS**

NO
----

**ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS**

Menarquia: Ciclos: Fum: Dismenorrea  Planificación Si  No

Método: G P A C E M V FUP FUC Resultado

¿Practica algun deporte?  Si  No Frecuencia  Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual  Ocasional

**PATINAJE**

Ha presentado lesiones deportivas NO Examen médico

Actividades manuales  Si  No Oficios domésticos  Si  No

**ANTECEDENTES TÓXICOS**

Fuma Si  No  Exfumador Si  No  Años de suspensión 1 Años de fumador 0

Licor Habitual Si  No  Frecuencia Diaria  Ocasional  Semanal  Quincenal  Mensual  Drogadicción Si  No

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntoma	SI	NO	Síntoma	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
Recordal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Brote	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sangrado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración Visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Deformidad articular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ipotermia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración Motora	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Rinorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Limitación para movimientos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Alpilonias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dispepsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito en los ojos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disnea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Inflamación de articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Incoope	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo rectal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Obstrucción nasal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hiperemia ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Parestesias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Escamación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Vertigo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Expectoración	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Secreción ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disestesias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Eftalea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sordera	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ressequedad ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pérdida de fuerza muscular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Somnito	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor torácico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hematuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ardor ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor con cambios de temperatura	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sforia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Nicturia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Oralgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Presencia de masas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Isi	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Epigastralgia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Polaquiritia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Itema	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo Vesical	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en columna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
perhidrosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración sensitiva	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: ASINTOMÁTICO, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, LUCE PEINADO. ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, LUCIDO, LENGUAJE ARTICULADO, MEMORIA CONSERVADA, PENSAMIENTO LOGICO. SIN SIGNOS CLINICOS

ANSIEDAD NI DEPRESION

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

**EXAMEN FÍSICO: ASPECTO:**

Lateralidad D  Z  Talla 176 cm    Peso 72 Kg    IMC 23.24    Interpretación Normal

Mérida cintura 64 cm.    Cadera 0 cm    Índice cintura-cadera 0    Ta 120/80    FC 69 /Min.    FR 19 /Min.

Interpretación índice cintura-cadera    Bajo peso: <19.5    Normal: 18.5-24.9    Sobrepeso: 25-29.9    Obesidad: >30.0+

ORGANO O SISTEMA		NORMAL	ANORMAL	
PIEL	Cicatrices	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	FORNTAL DE 2CM X0.2MM - INGUINAL IZQ
	Tatuajes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Faneras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
OJOS	Papados	<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"/>	
	Corness	<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"/>	
RIZ	Cornates	<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"/>	
TORAX	Senos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Corazon	<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 ALINEADA. MOVIMIENTOS DE ROTACION, FLEXION, EXTENSION Y LATERALIZACION DE COLUMNA LUMBAR CONSERVADOS. Schober: 5cm.    Weils: .cm    Clasificación III
DUMEN	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"/>	
MEMBRANAS	Superiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tinel: D Negativo I Negativo
				Phalen: D NEGATIVO I Negativo
	Inferiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finkelstein: D NEGATIVO I NEGATIVO NEER - HAWKINS-KENNEDY - JOBE - TEST DE YOCUM TEST DE EPICONDILITIS NEGATIVO BILATERAL, NO DEFORMIDADES APARANTES AL EXAMEN FISICO Bostezo: D Negativo I Negativo    MC MURRAY NEGATIVO BILATERAL

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

NEUROLÓGICOS	Fuerza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Marcha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sensibilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reflejos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXÁMENES DE LABORATORIO		
TIPO DE EXAMEN	FECHA	RESULTADO
Cuadro Hemático	Nov 10 2019	NORMAL
Parcial de Orina	Nov 12 2019	ALBUMINA: 10MG/DL
Colesterol		
Tnglicérics		
Perfil Lipídico		
Glicemia	Nov 10 2019	87MG/DL NORMAL
Coproológico		
Serología		
BK		
Gravindex		
Frotis Faringeo		
Hemoclasificación		
Visiometría		Def. Refraco Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Corregido Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Obs.
Espirometría	Nov 10 2019	Normal <input checked="" type="checkbox"/> P Obstructivo <input type="checkbox"/> P Restrictivo <input type="checkbox"/> P.Mixto <input type="checkbox"/> Obs.
Audiometría	Nov 10 2019	Normal X H_neur Sens. Grado 1 Grado 2 Grado 3
ptometría	Nov 10 2019	H. Conductiva H Mixta Obs.
	Nov 10 2019	Normal <input type="checkbox"/> Obs OD: ASTIGMATISMO MIOCICO SIMPLE OI: ASTIGMATISMO Diagnóstico
	Nov 10 2019	EVALUACION ODONTOLÓGICA: PACIENTE TIPO I, ELECTROENCEFALOGRAMA NORMAL
	Nov 10 2019	EKG: NORMAL, RX DE TORAX NORMAL RX DE COLUMNA DORSO LUMBAR: RAQUISQUISIS DE CREATININA. 119 MG /DL NORMAL

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicosocial  Ergonómico  Otros

**IMPRESION DIAGNÓSTICA**

Cod	Diagnóstico	Observación
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	
G059	ESPIÑA BIFIDA, NO ESPECIFICADA	RAQUISQUISIS DE L5

**OBSERVACIONES:**

SE REALIZAN BÄBINSKY-WEIL, UNTERBERGER, ROMBERG SENSIBILIZADO, ROMBERG SIMPLE TEST DEDO NARIZ Y DIADOCOCINECIA SIN ALTERACIONES.

PACIENTE CON POP DE VARICOCELECTOMIA, TRAE HC DE CONTROL DE POP DR: MARIO FERNANDO ERASO, "ASISTE A CONTROL PACIENTE CON VARICOCELECTOMIA IZQUIERDA 09/09/19, EF: CICATRIZ NORMAL, NO SE IDENTIFICA CONGESTION VASCULAR.

ANALISIS: PACIENTE POSQUIRURGICO NORMAL, BUENAS CONDICIONES GENERALES, EVITAR ESFUERZO ABDOMINAL POR UN MES.

PACIENTE, SIN ANTECEDENTES FAMILIARES NI PERSONALES DE PATOLOGIA RENAL AL MOMENTO ASINTOMATICO, CON EXAMEN FISICO SIN EDEMA NI SIGNOS CLINICOS EVIDENTES AL EXAMEN FISICO.

**RECOMENDACIONES:**

RECAPACITACION EN CUIDADO VISUAL Y PAUTAS VISUALES, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, INCLUIR A SVE PARA RIESGO BIOMECANICO, CARGA FISICA Y PSICOSOCIAL, VALORACION EN EPS, SEGUIMIENTO CON UROLOGIA

**RESTRICCIONES LABORALES:**

DEBE EVITAR ACTIVIDAD LABORAL QUE IMPLIQUE SOBREEFUERZO Y/O ACTIVIDAD FISICA INTENSA, EVITAR MARCHAS Y BIPEDESTACION Prolongada, ASCENSO Y DESCENSO DE LAS GARITAS.

NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA (RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR ALTERADA)

Continación 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.



Dra Carmen Elena Lopez Arevalo  
Esp. Salud Ocupacional  
Lic SO: 1209

Trabajador JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
CC. 1085339102

8



# Tercala

Ortodontología Integral

Salud Bucal y Facial  
Ortodontología Integral

Fecha: 05 de Noviembre del 2019

Paciente: JUAN PABLO ROSERO OSANDO

Fecha de Nacimiento: D. 29 M: 08 A: 201997

Documento de Identidad No. 7.085.339.702

Dirección Residencia Manzana 62 Casa #8 / VILLA RECREO

Teléfono: 3217042898

Celular: \_\_\_\_\_

Dirección laboral: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ EPS: MEDIMAS

ANTECEDENTES SALUD GENERAL: No refiere

ANTECEDENTE SALUD ORAL: periodontitis

### VALORACION POR SISTEMAS

SISTEMA BUCAL: Normal

SISTEMA PERIODONTAL: Normal

SISTEMA CRANEOFACIAL: Normal

SISTEMA DENTARIO

ODIOTOGRAFIA

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

No DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO	No DIENTE	DIAGNOSTICO CLINICO
41	S	31	S
42		32	
43		33	
44		34	
45		35	
46		36	
47		37	
48		38	

Eupcionando

REFERENCIAS: DIAGNOSTICO CLINICO: C: caries, S: Sano, P: perdido, A: amalgamo, R: resina, C: ceram, C: corona metal ceramica, P: puente, Co: corona ceramica, I: incusación, IWP: implante, Rr: resto radiado



UBICACION: m: mesial, d: distal, I: incisal, o: oclusal, c: coronal

ESTADO: D: desdoblado, F: exposición pulpar, EX: existencia indicada

DIAGNOSTICO INTEGRAL INICIAL: Paciente tipo I

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

FIRMA ODONTOLOGO   
**Tercalá**  
 SANDRA PATRICIA DAVILA PAZ  
 ROLISTO 287 UDSN  
 ODONTOLOGIA ESPECIALISTA  
 MUNICIPALIDAD DISTRITO JAVIERANA

FIRMA PACIENTE  



**INFORMACION GENERAL**

Fecha de ingreso: 09/09/2019 07:24:52 Ingreso: B62190 Cama: Estado: Registrado  
 Nombre del Paciente: JUAN PABLO ROSERO OBANDO Tipo de Paciente: Contributivo Sexo: Masculino  
 Tipo del Documento: Cédula Ciudadanía Número: 1085139102 Edad: 22 Años 12 Meses 11 Días Fecha Nacimiento: 29/08/1977 12:00:00  
 Dirección: VILLA RECREO  
 E. P. S.: EPS044 MEDIMAS EPS SAS - CONTRIBUTIVO  
 Entidad:  
 Médico Registrado: MARIO FERNANDO ERASO ALAVA Médico Confirma: MARIO FERNANDO ERASO ALAVA

**INFORMACION DE LA EPICRISIS**

Servicio de Egreso: Ninguna Fecha de Egreso: 09/09/2019 10:04:46 Estado Paciente: VIVO

Motivo Consulta:  
**PROGRAMADO PARA CIRUGIA**

Enfermedad Actual:  
**PACIENTE CON DX DE VARICOCELE IZQUIERDO QUE SE ENCUENTRA EN PLAN QUIRURGICO DE VARICOCELECTOMIA**

Revisión del Sistema:  
**NO REFIERE**

Antecedentes:  
 \_\_\_\_\_

Examen Físico:  
**HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, CARDIOPULMONAR NORMAL SIN SOBREAOREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LAPALPACION, GENITALES HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA POR APOSITO ESTERIL.**  
 Idiosincrasia Med./Conducta:

Estado Ingreso:  
**HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS, CP NORMAL, ABDOMEN NORMAL, GENITALES VARICOCELE 02**

Resul. Procedimientos:  
**VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA**

Resultados Paradiagnósticos:  
 \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICOS**

TIPO DIAGNOSTICO	COIGO	NOMBRE	HC
Egipso	B51	VARICES ESCROTALES	

Indicación Paciente:  
**SALIDA CON**

- FORMULA MEDICA  
 - CEFALEXINA 500 MG TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS DURANTE 7 DIAS  
 - IBUPROFENO 400 MG TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS DURANTE 3 DIAS
- ORDEN DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 1 MES
- INCAPACIDAD MEDICA
- RECOMENDACIONES GENERALES:  
 NO REALIZAR DESMASIADO ESFUERZO FISICO NI CARGAR COSAS PESADAS, EVITAR ESFUERZO FISICO POR UN MES.  
 RETIRO DE PUNTOS EN 15 DIAS.  
 REALIZAR ASEO EN AREA QUIRURGICA SOLAMENTE CON AGUA Y CON JABON, NO COLOCARSE UNGUENTOS, CREMAS, AGUA DE HIERBAS O ESPECIAS.  
 TOMAR MEDICACION SEGUN FORMULA MEDICA.  
 NO AUTOMEDICARSE.  
 NO CONSUMIR BEBIDAS ALCOHOLICAS  
 NO FUMAR

5 de NOV

ACUERD A LA CITA DE CONTROL

5. SIGNOS DE ALARMA:

CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTE UNO DE LOS SIGUIENTES:

- FIEBRE ALTA
- CONVULSIONES
- HEMORRAGIA NASAL ABUNDANTE
- DOLOR QUE NO CEDE CON LOS MEDICAMENTOS
- CEFALEA INTENSA
- DIFICULTAD PARA RESPIRAR.

Condiciones Salida:

HEMODYNAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON BUENA RECUPERACION ANESTESICA.

Justificacion Muerte:

[Empty box for justification of death]

Firma

Med. Registra: MARIO FERNANDO ERASO ALAVA  
Reg. Medico: 522048      Esp.: 750 - UROLOGIA

Firma

Med. Confirma: MARIO FERNANDO ERASO ALAVA  
Reg. Medico: 323548      Esp.: 750 - UROLOGIA



**DATOS DEL PACIENTE**

Identificación: 1085339102      Numero de carpeta: 597258  
 Nombre del paciente: JUAN PABLO ROSEPO OBANDO  
 Fecha de Nacimiento: 29/08/1997 12:00:00      Edad Actual: 22 Años \ 2 Meses \ 8 Días      Sexo: Masculino  
 Dirección: VILLA RECREC      Teléfono: 3217042898

**DATOS DE LA ATENCION**

Ingreso: 892611      Fecha Ingreso: 09/10/2019 07:05:59      Fecha Evolución: 09/10/2019 09:57:32  
 Cama:      Servicio: 731107 - CONSULTA ESPECIAL UROLOGÍA  
 ENTIDAD: MEDIMAS EPS SAS - CONTRIBUTIVO      REGIMEN: Contributivo

ACTIVIDAD A REALIZAR: ATENCION DIARIA + ESPECIALISTA

**SUBJETIVO**

ASISTE A CONTROL, PACIENTE EN POP DE VARICOECTOMIA IZQ EL DIA 9/09/19

REFIRE BUENAS CONDICIONES GENERALES ASINTOMATICO

**EXAMEN FISICO**

HEMODINAMICENTE NORAL  
 ABD: NORMAL  
 CICATRIZ NORMAL  
 NO SE IDENTIFICA CONGESTION VASCULAR

Peso 78 kg      Talla 176 Cms      IMC 25.18      T° 37      FC 72      FR 16      T/A 120 / 80

INTERPRETACION DE PARACLINICOS: AISLAMIENTO NINGUNO  
 NO APORTA PARACLINICOS

**DIAGNOSTICOS**

Código	Descripción	Tipo	Clase Diagnostica	Principal
1861	VARICES ESCROTALES	Presuntivo	Impresion Diagnostica	<input checked="" type="checkbox"/>

Observación: RESUELTO

**ANALISIS**

PACIENTE EN POST QUIRURGICO NORMAL  
 BUENAS CONDICIONES GENERALES

**RECOMENDACIONES GENERALES**

EVITAR ESFUERZO ABDOMINAL POR 1 MES

**PLAN DE TRATAMIENTO**

CONTROL EN 6 MESES

Medico: ERASO ALAVA MARIO FERNANDO

Reg. Profesional: 523348      Esp. UROLOGIA

Medico Especialista:

False

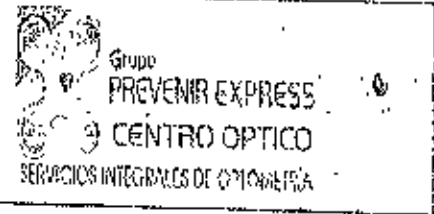
CODIGO: PRIV-001

VERSION: 2.0

01 DE AGOSTO 2017

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
 NIT. 891200528-8 - Teléfono: 321701400  
 Tulucón, Calle 22 No. 7-95 Parque Bolívar - email: info@hospital.unna.gov.co

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.] NIT [891200528-8]



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

FECHA: DIA: 05 | MES: NOVIEMBRE | AÑO: 2019

NOMBRE: JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
IDENTIFICACION: 1085339102

AGUDEZA VISUAL					
OJO DERECHO	SC	VL	20/20	VP	20/20
OJO IZQUIERDO	SC	VL	20/20	VP	20/20
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

OPTALMOSCOPIA	
OJO DERECHO	RETINA APLICADA
OJO IZQUIERDO	RETINA APLICADA

ISHIHARA: 14/14      ESTEREOPSIS: 40° ARCO

ORTHOFORIA

DIAGNOSTICO	
OD: ASTIGMATISMO MIOPICO SIMPLE WR	RIPS
OI: ASTIGMATISMO MIOPICO SIMPLE WR	H522
	H522

TIPO: 1

**PRESCRIPCION**

NO SE PRESCRIBE CORRECCION OPTICA CONTROL DE OPTOMETRIA EN 1 AÑO

OPTOMETRA:  
JOSE LUIS VELANDIA CABRA  
TP: 1014213300

*Jose Luis Velandia*  
OPTOMETRA  
C.C. 1014213300  
TEL: 1014213300

**SONAR S.A.S. SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO**

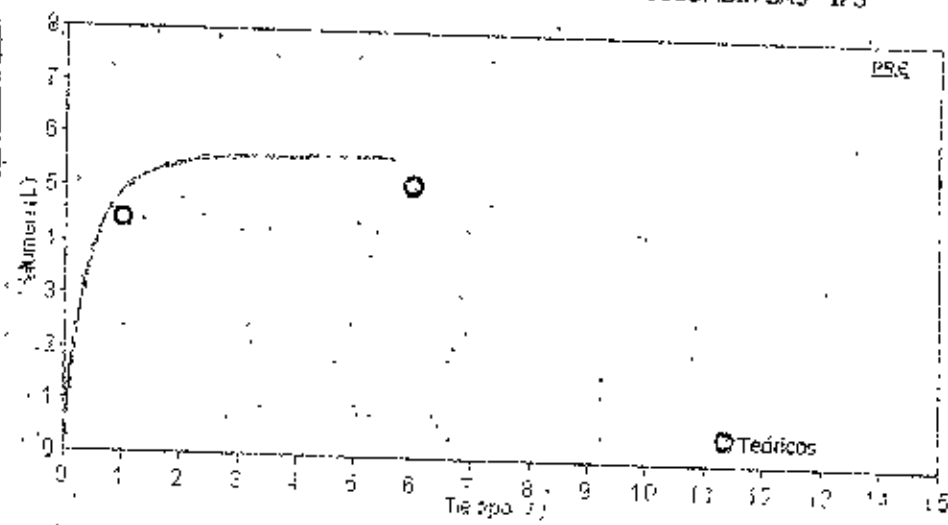
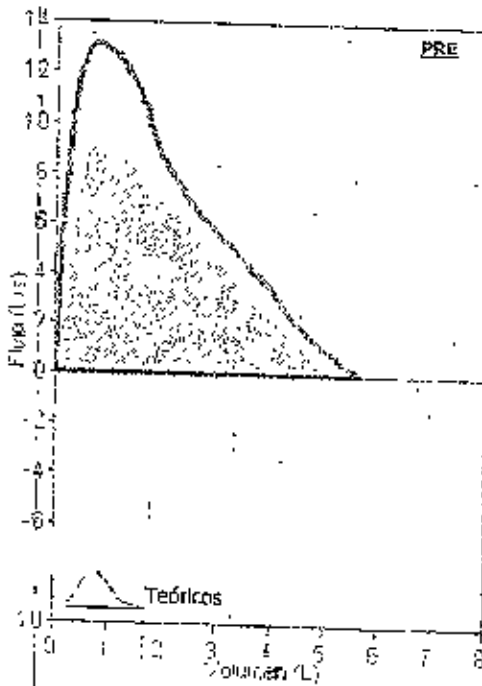
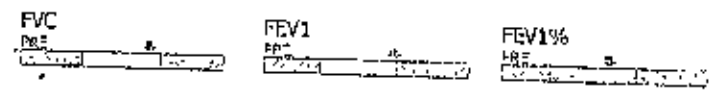
CALLE 17 # 29 - 12 ESQUINA

CELULAR 3155404983

Fecha de visita 05/11/2019

Cód. paciente 1085339102  
 Apellido ROSERO OBANDO  
 Nom. JUAN PABLO  
 Fecha de nacimiento 29/08/1997  
 Grupo étnico Caucásico  
 Fumador Ex fumador  
 Grupo pacientes IPS MEDCARE DE COLOMBIA SAS - IPS

Edad 22  
 Género Masculino  
 Altura, cm 176  
 Peso, kg 72  
 BMI 23,24  
 Paquete-año 0,1



Grado de control de calidad: A Variabilidad: FEV1=0L (0%), FVC=0,08L (1,42%)  
 2 Acceptable trials

**Interpretación**

Espirometría normal

Fecha prueba PRE 05/11/2019 06:23:00 p.m.

Parámetros	LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC L	4,35	5,12	5,70*	111	1,23	5,70	5,62				
FEV1 L	3,68	4,42	4,94*	112	1,18	4,94	4,94		*		
FEV1/FVC %	74,8	85,4	86,7*	102	0,20	86,7	87,9		*		
PEF L/s	6,60	9,32	13,77*	148	2,69	13,18	13,77		*		
ELA años		22							*		
FEF2575 L/s	3,31	4,94	5,54	112	0,61	5,54	5,68				
FET s		6,00	5,62	94		5,62	3,16				
FVC L	4,35	5,12									
FEV1/FVC %	74,8	85,4									

\*Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,181 23 °C (75,4 °F) - Teóricos American

de médico

Instrumento usado  
 Spirobank II new S/N Y06319

05	11	2019	Pasta	INGRESO	EGRESO
DIA	MES	AÑO	CUIDAD	PERIODO	CONFIRMATORIA
NOMBRE Juan Pablo Rosero Obando				EDAD 22	SEXO M
CC 1085339104		EMPRESA Ips Mediateca de Colombia	TELÉFONO		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso Auditivo 0 horas Realizó test SI  NO  Usó cabina sonoroatenuada SI  NO

Marca y referencia audiómetro utilizado Fonix FA-10 Fecha de la Última Calibración 22/01/2019

ANTECEDENTES PERSONALES											
OTOLÓGICOS		SI	NO	TRAUMÁTICOS		SI	NO	EXTRA LABORALES		SI	NO
OTALGIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEJO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTITIS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMA DIRECTO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTORREA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMAAUSCULTIVO		<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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSACIÓN DE OÍDO TAPADO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					POLIGONO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VERTIGO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					OTROS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TINNITUS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
HIPOACUSIA SUBJETIVA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
OTROS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
				QUIRÚGICOS		SI	NO				
				CIRUGÍA DE OÍDO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEREDITARIOS			
				TIMPANOPLASTIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAMILIARES CON PROBLEMAS AUDITIVOS			
				CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				OTROS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TÓXICOS DEL NERVIU ACUSTICO			
								TÉXTILES INDUSTRIALES			
								FARMACOS			

OBSERVACIONES

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa / Cargo Dragonante Relación  SI  NO Sección Dragonante Antigüedad en el cargo actual  Años

ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A RUIDO						EN OTRAS EMPRESAS					
Nombre del Cargo Desempeñado (Máx con el seguro social)	Tiempo (Años)	Uso de E.P.A.*						Nombre de la Empresa (del Ingreso anterior al presente servicio laboral)	Nombre del Cargo	Tiempo (Años)	Tipo de Elemento de Protección Auditiva Utilizado
		Tipo*		Tolerancia*							
		I	C	S	N	R	M				
<u>Ninguna</u>											

E.P.A. Elemento de Protección Auditiva Tipo de Elemento de Protección Auditiva I, Bateria o C, Cepo, R, Bateria II, Ninguno; Tolerancia del Elemento de Protección Auditiva E, Frecu R, Regular, M (Mala)

Dr. Claudia P. Burgos B.

RECEIVED  
LABORATORY OF  
ENTOMOLOGICAL  
DIAGNOSIS

EVALUADO POR

EXAMINERES ADJUNTO A LOS COMITÉS DE CALIDAD  
MAYOR CALIDAD TELEFONICA  
JEFES DE PROTECCION AMBIENTAL  
CONTROL TECNICO DE CALIDAD

RECIBIDA EN LA OFICINA DE CONTROL TECNICO DE CALIDAD

CC No.

1-085 339 702

PACIENTE

*[Signature]*

IMPRESA FUENTE  
CONDICION CON VENTANA DE CARGO DE RED

OBSERVATIONS

PTA. S. GUB. H.

PTA. I. G. G. H.

Ardoon Porton

IMPRESA FUENTE

OPERACIONES

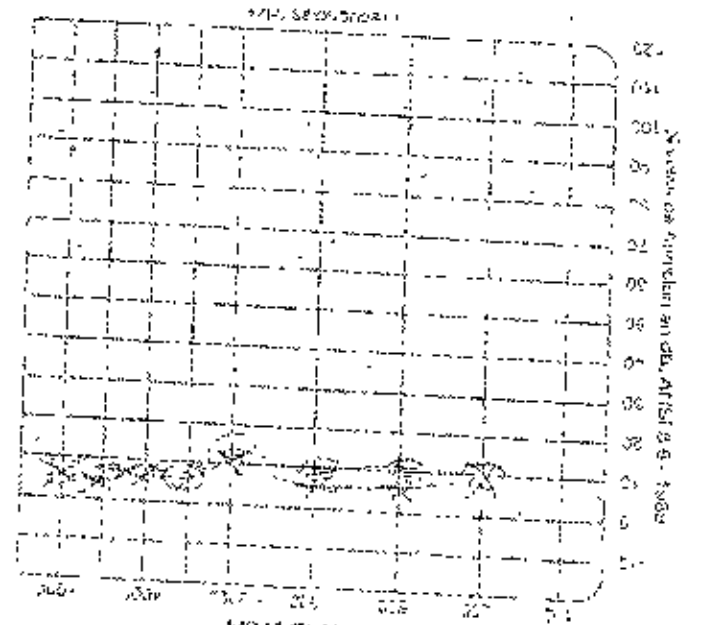
OPERACIONES  
OPERACIONES  
OPERACIONES

OPERACIONES  
OPERACIONES  
OPERACIONES

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD	VALOR
1	...	...	...
2	...	...	...
3	...	...	...
4	...	...	...
5	...	...	...
6	...	...	...
7	...	...	...
8	...	...	...
9	...	...	...
10	...	...	...
11	...	...	...
12	...	...	...
13	...	...	...
14	...	...	...
15	...	...	...
16	...	...	...
17	...	...	...
18	...	...	...
19	...	...	...
20	...	...	...

ANALISIS COMPARATIVO

RECOMENDACIONES  
RECOMENDACIONES  
RECOMENDACIONES





Fecha: 05/11/2019 03:47:04 p.m.  
Paciente: JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
Examen: ELECTROCARDIOGRAMA  
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S

Sede: PASTO  
Estudio: 62825418 242940  
Documento: 1085339102  
Edad: 22 a 2 m 6 d

## ELECTROCARDIOGRAMA:

INDICACION: Evaluación médica.

FC: 62x minuto.  
PR: 149mseg  
QRS: 106mseg  
QTc: 383mseg  
Eje QRS: 93grados

## INTERPRETACION:

RITMO SINUSAL  
TRAZO ELECTROCARDIOGRAFICO NORMAL.

LUCY ADELA TIBADUIZA BUITRAGO

M.D. CARDIOLOGA

R.M 52214569

C.C. 52214569

Transcrito por: GARGON3

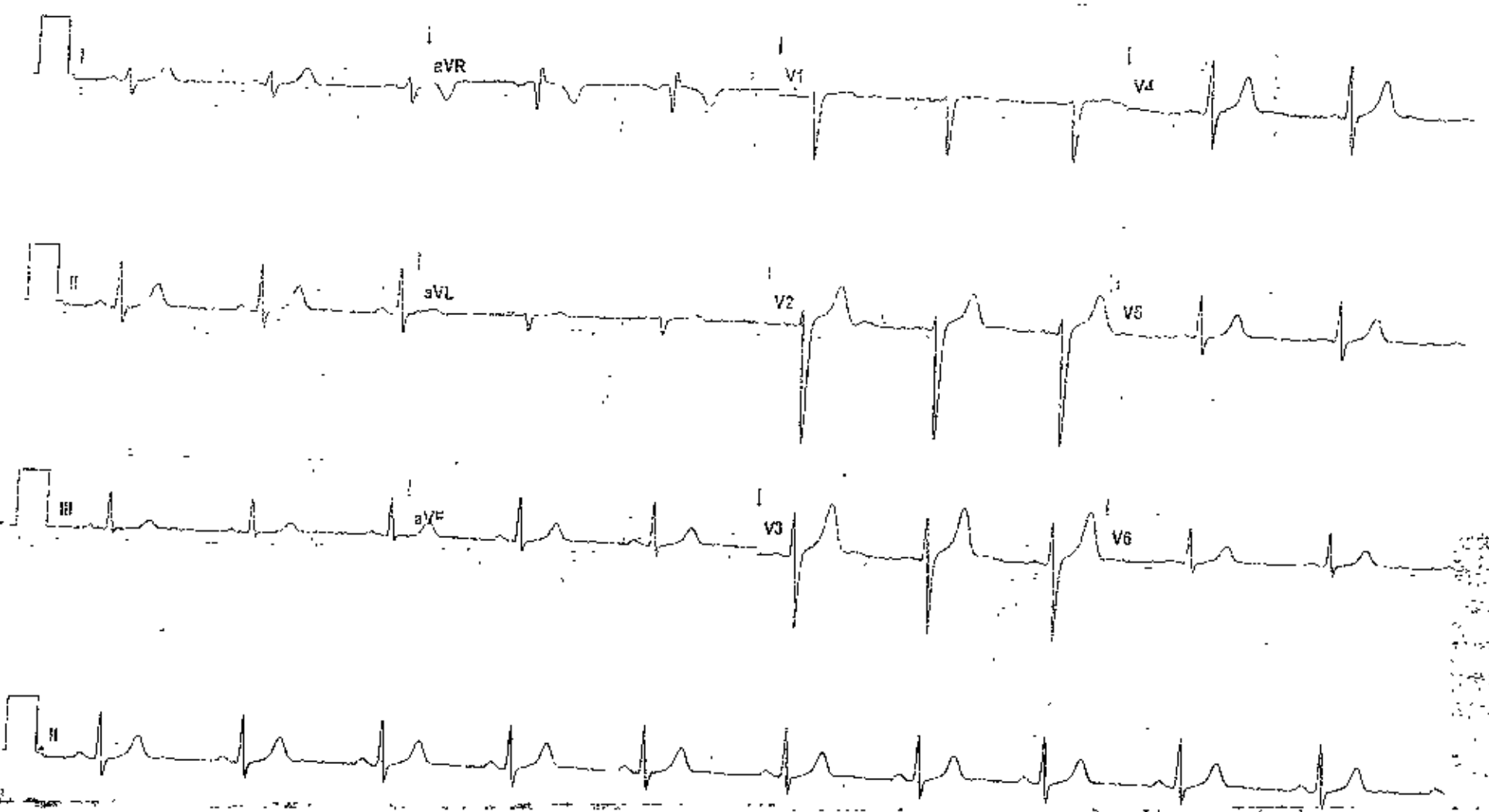
IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas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



128  
Last: ROSERO OBANDO  
First: JUAN PABLO  
ID: 1085338102  
DOB: 19.08.1997  
Age: 22 años  
Sex: Male

05.11.2019 8:23:47 AM

Frec Ventr: 62 LPM  
Int PR: 149 ms  
Dur QRS: 106 ms  
QT/QTc: 379 / 363 ms  
Ejes P-R-T: 61 93 53  
Avg RR: 966 ms  
QTcB: 395 ms  
QTcF: 383 ms



13290171647

IDIME PASTO

Ubic.# 40 Unid.# 40 ELI Link 4.4.0.14 Secuencia # 41543 25mm/s 10mm/mV F 40 Hz

	<b>PROCESO GESTIÓN AYUDAS DIAGNÓSTICAS</b>	Código: IR CAD-008
		Fecha de aplicación: Aplicado desde: 1 de 23 de septiembre de 2017
	<b>REPORTES DE RESULTADOS EEG/VIDEOTELEMETRÍA</b>	Version: 1
		Páginas: 9 de 23

**RESULTADOS EEG:**  
EEG NO: 1911041

**RESULTADOS VIDEOTELEMETRÍA:**  
VIDEOTELEMETRÍA NO: NO

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

NOMBRE: Rósero Obando Juan Pablo  
 N. DE IDENTIFICACIÓN: 1085339102  
 FECHA DE NACIMIENTO: 29 Agosto/1997      EDAD: 22 A  
 EPS: SONAR SAS  
 DIAGNÓSTICO: NA  
 FECHA DE TOMA EXAMEN: 05 noviembre 2019  
 MOTIVO DE REMISIÓN: Valcación 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 10/20 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 30-50uV de amplitud que se atenúa adecuadamente con la apertura ocular y ritmo beta anterior de 14-15cps y menos de 10uV de amplitud. Trazado reactivo con buen gradiente anteroposterior.

**ANORMALIDADES:** No se observó actividad paroxística, signos de localización ni asimetrías significativas en el trazado de fondo.

**PROCEDIMIENTO DE ACTIVACIÓN:** 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

**EXÁMEN TOMADO POR:** María Victoria Calvache Bastidas

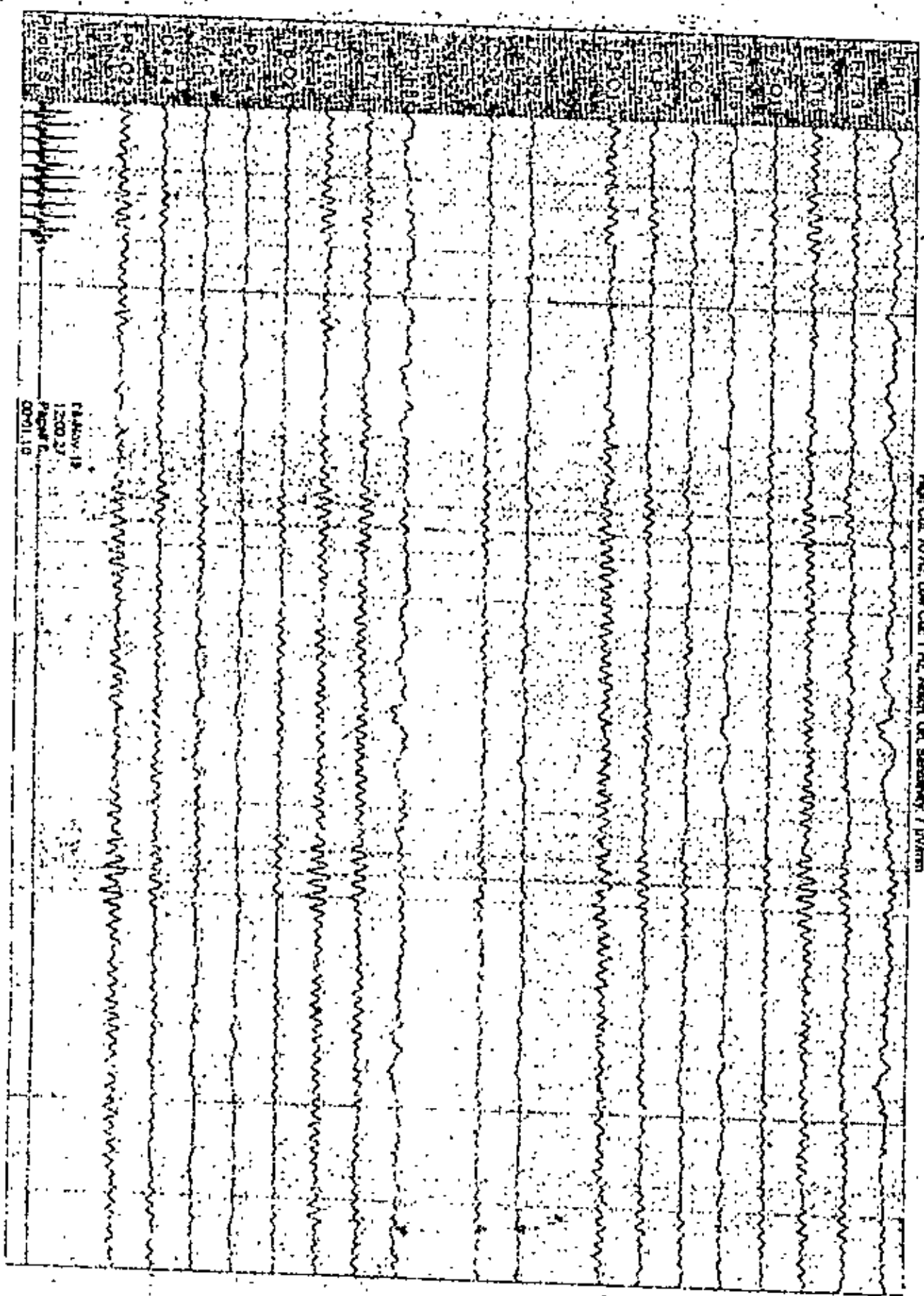
**INTERPRETADO POR:**

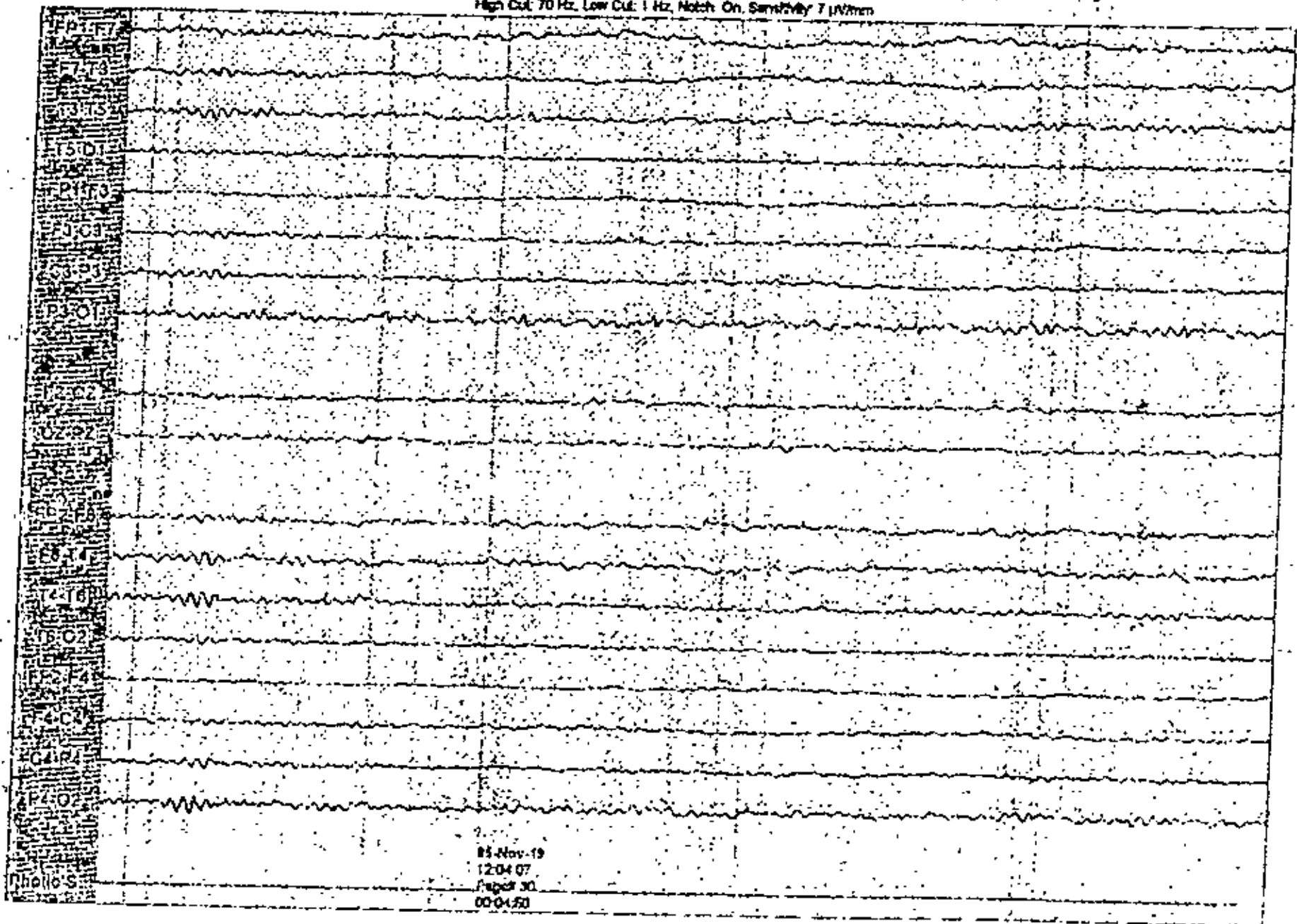
NEUROPEDIATRA  
 RAMIRO JOSÉ BENAVIDES B.  
 MÉDICO NEUROPEDIATRA  
 RM 52826-00 CC: 98 379.377

Se anexa trazado.

Proyecto: María Victoria Calvache Bastidas

Rosario Obando - Juan Pardo 2019-11-05 11:45:30, Page# 7, I20024, ET: 00'01.07, Montage: A000a Baruna, Paper Speed: 10 sec/page  
High Cut: 70 Hz, Low Cut: 1 Hz, Match On: Sensitivity: 7  $\mu$ V/mm

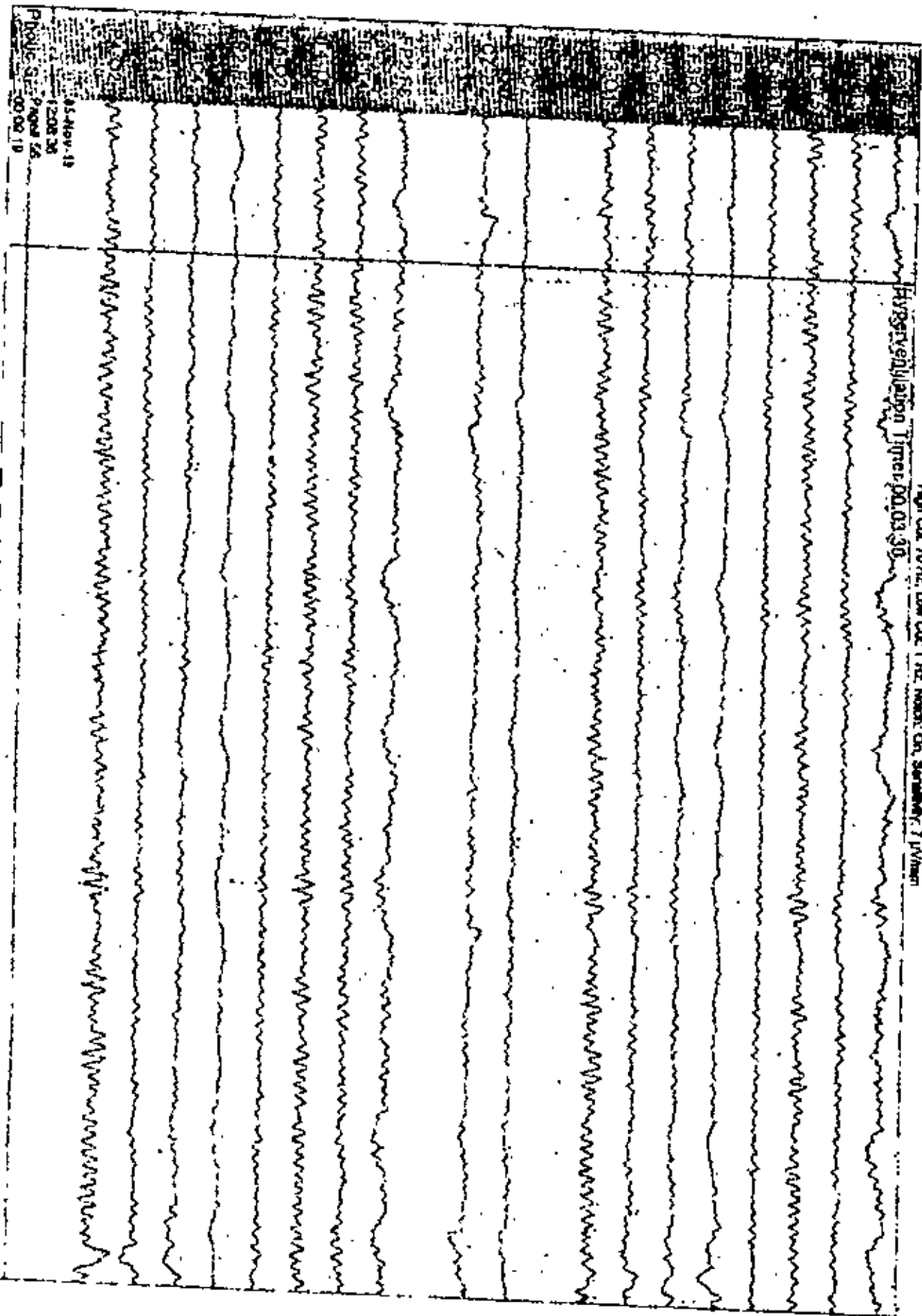




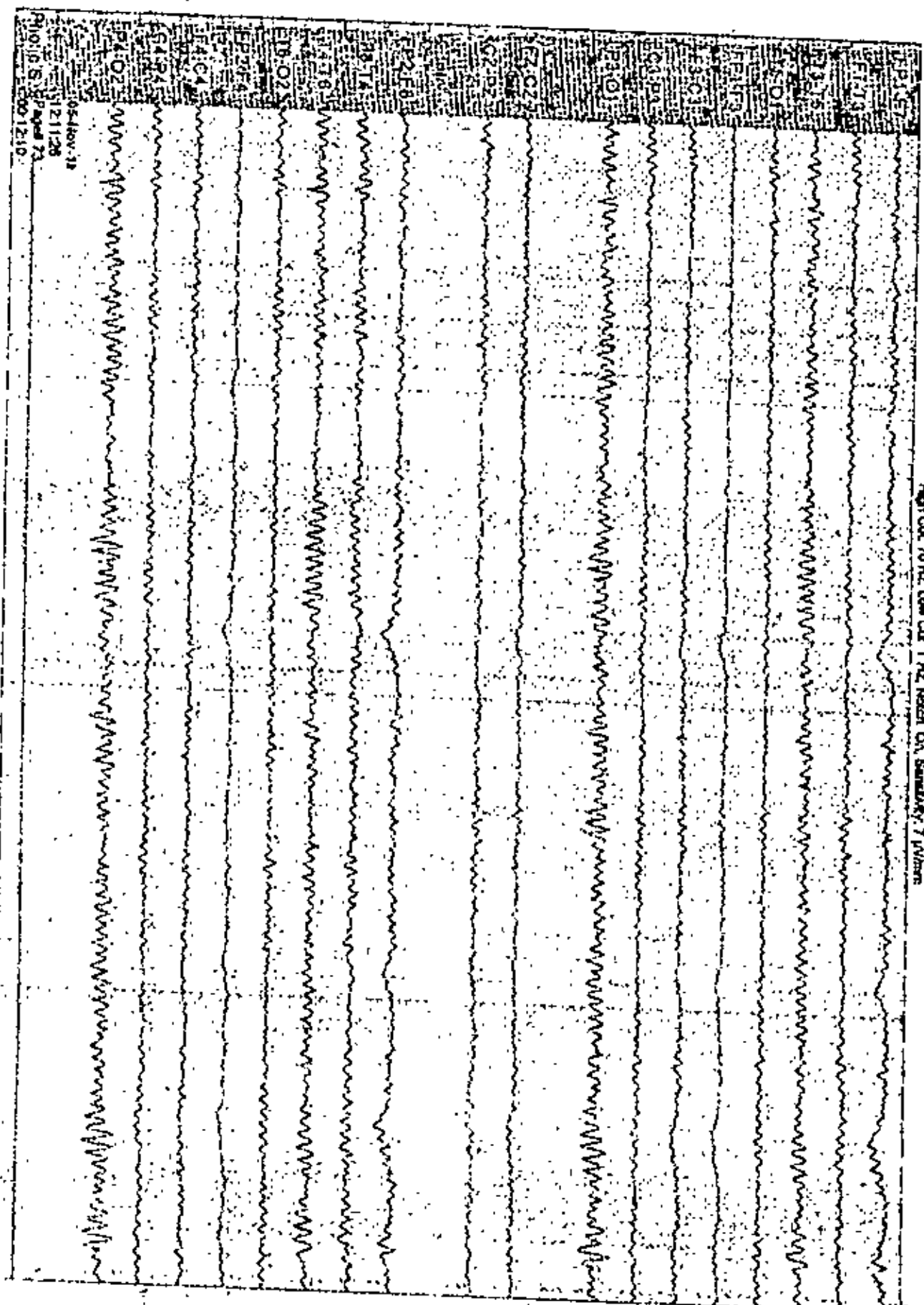
25 Nov 19  
12:04:07  
Page# 20  
00:04:50

High Cut: 70 Hz, Low Cut: 1 Hz, Mark: On, Sensitivity: 1 uV/mm

Hyperventilation Timer: 00:03:30



PR Interval: 0.16  
12:02:20  
Page 56  
00:00:10



05-Nov-19  
12:11:28  
Page# 73  
00:12:10



NOMBRE **JUAN PABLO ROBERTO OSANDO** FECHA **11/5/2015**  
NUMERO DE REGISTRO **3728** CEDULA DE CIUDADANA **1055330102**  
EDAD **22 AÑOS**

REGISTRO NACIONAL 1100  
REGISTRO MINSAI CD. 4558

**GLICEMIA PREPRANDIAL**

GLICEMIA **87,3 mg/dl**

INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA **70 a 110 mg/dl**

**CREATININA**

CREATININA **1,19 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:  
DENSIDAD

AMARILLO LÍMPIDO  
1005

EXAMEN QUÍMICO DE LA ORINA

PH:	8,0
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**

*Handwritten signature and stamp:*  
Héctor Dávila  
M.D. M.Sc. Ph.D.  
DIRECTOR VICERRECTOR

Calle 19 No. 27-104 - Cuarto Piso  
Tel: 7290275 - San Juan de Pasto  
[hectordavila63@hotmail.com](mailto:hectordavila63@hotmail.com)

Calle 17 No. 35-42 - Cel: 315 486 5018 - Pasto



# Héctor Dávila

## Laboratorio Clínico

BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO  
 Universidad de Antioquia  
 Exp. Hematología y Banco de Sangre  
 Pontificia Universidad del Ecuador  
 Exp. Materiales y Equipos MECOR  
 Ministerio de Justicia y del Interior

25

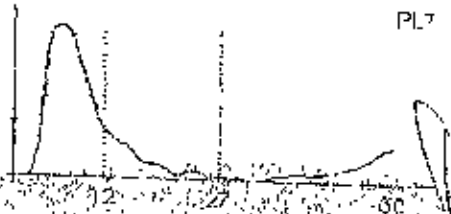
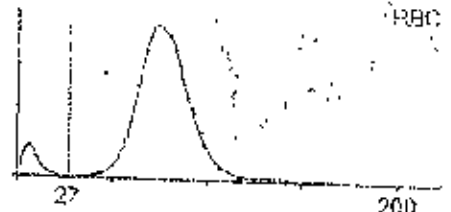
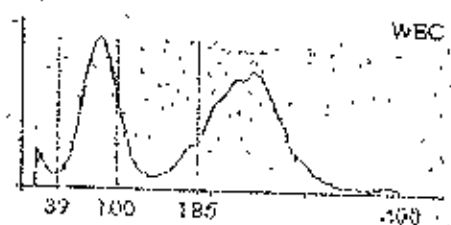
REGISTRO NACIONAL J II  
 REGISTRO MBI SALUD 0565

ESP HÉCTOR VICENTE DÁVILA PAZ  
 HEMATOLOGÍA Y BANCO DE SANGRE  
 U. ANTIQUÍA / U. JAVERIANA

Identificación de muestra: 3728  
 ID paciente: 1086339702  
 Tipo: Humano  
 Nombre: JUAN PABLO ROSEÑO GRANDÓ GRANDÓ  
 Fecha de nacimiento: 05/05/2000  
 Sexo: Masculino

Fecha de análisis: 05/11/2019 04:11 AM  
 Fecha de reporte: 05/11/2019 05:21 AM  
 No. De serie: 490005  
 Doctor:

WBC	6.49 $\cdot 10^9/\mu\text{l}$	5.00	11.60
LYM	2.43 $\cdot 10^9/\mu\text{l}$	1.30	4.00
MID	0.02 $\cdot 10^9/\mu\text{l}$	0.30	1.00
GRA	4.04 $\cdot 10^9/\mu\text{l}$	2.40	7.60
LYM%	37.5 %	19.1	48.5
MID%	0.3 %	4.5	12.1
GRA%	62.2 %	43.6	173.4
RBC	5.70 $\cdot 10^{12}/\mu\text{l}$	3.79	15.78
HGB	15.5 g/dl	11.5	17.2
HCT	44.87 %	34.00	53.90
MCV	79 - fl	84	98
MCH	27.2 - pg	27.5	32.4
MCHC	34.5 + g/dl	31.7	34.2
RDWc	13.5 + %	13.1	14.0
PLT	268 $\cdot 10^9/\mu\text{l}$	156	242
PCT	0.20 %	0.16	0.36
MPV	7.8 - fl	8.3	12.7
PDWc	36.4 - %	37.8	43.6
P-LCC	56 $\cdot 10^9/\mu\text{l}$		
P-LCR	20.69 - %		
Lisante	0.80 ml		
PHW	306/309		
PVP	355/358		



RECIBIDO EN EL LABORATORIO CLINICO  
 HEMATOLOGIA Y BANCO DE SANGRE  
 U. ANTIQUÍA / U. JAVERIANA  
 05/11/2019 05:21 AM  
 DR. HÉCTOR VICENTE DÁVILA PAZ

Comentarios:

Calle 19 No. 27-104 - Cuarto Piso  
 Tel.: 7296275 - San Juan de Pasto  
 hectordavilla65@hotmail.com

Residencia Calle 19 No. 27 de 015 480 0016 - Pasto



# idime



Fecha: 05/11/2019 03:47:04 p.m.  
Paciente: JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
Examen: RX COLUMNA DORSO LUMBAR  
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S

Sede: PASTO  
Estudio: 62825418 242940  
Documento: 1085339102  
Edad: 22 a 2 m 6 d

## RX DE COLUMNA DORSOLUMBAR

La densidad ósea es adecuada.

Hay defecto de cierre del arco posterior del cuerpo vertebral L5.

La altura y configuración de los cuerpos vertebrales, así como los espacios entre ellos, y el tamaño del canal raquídeo son normales

**CONCLUSIÓN:**  
RAQUISQUIS DE L5

**CARLOS FERNANDO NUÑEZ GUERRERO**

M.D. RADIOLOGO

R.M. 779

C.C. 12983252

Transcrito por: CASINS

**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 (5) 522 1110, Pereira (6) 325 4200, Manizales (5) 8867190, Cúcuta (7) 572 1055, Ibagué (8) 252 1639, Girardot (8) 895 0520  
Bucaramanga (7) 645 9990, Zipaquirá (2) 851 0490, Ciénaga (8) 851 9493, Valledupar (5) 529 8330.  
www.idime.com.co

Impreso: 05/11/2019 10:48:06 a.m.

Page 1 of 1

Fecha: 05/11/2019 03:47 04 p.m  
Paciente: JUAN PABLO ROSERO OBAÑO  
Examen: RX TORAX PA O AP Y LT (DECUBITO L.F.OBLICUAS)  
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE MARIÑO'S



Sede: PASTO  
Estudio: 62825418 242840  
Documento: 1085339102  
Edad: 22 a 2 m 6 d

## RX TORAX

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

## 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 naturaleza de imagen diagnóstica realzada 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



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

AR 80049934 1  
Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel: 7312076 7396568 - 315540480

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD  
INGRESO

Fecha 28/11/2019 18:22:00 Empresa INPEC

Temporales

Nombre JUAN PABLO ROBERO OBANDO

Edad 22 Años

Cargo DRAGONEANTE

Doc. Identidad CC 1085330102



RX DORSOLUMBAR EXAMEN MEDICO OSTEO MUSCULAR

RECOMENDACIONES Y/O PREVENCIÓN

CAPACITACION EN CUIDADO VISUAL Y PALTAS VISUALES CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, INCLUIR A EBS PARA RIESGO  
SOMO-CANICO, CARGA FISICA Y PSICOSOCIAL VALORACION EN EPS.

DEBE EVITAR ACTIVIDAD LABORAL QUE IMPLIQUE SOBRESFUERZO Y/O ACTIVIDAD FISICA INTENSA, EVITAR MARCHAS Y  
BIPEDESTACION PROLONGADA ASCENSO Y DESCENSO DE LAS CARGAS

NO CUMPLE CON PROFESIONAMA (RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR ALTERADA)

PRUEBA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual <input checked="" type="radio"/>	Audición <input type="radio"/>	Respiratorio <input type="radio"/>	Cardiovascular <input type="radio"/>	Palmeral <input type="radio"/>	Ergonómico <input checked="" type="radio"/>	Otros <input type="radio"/>
REMISIÓN	SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> ARL	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> EPS	SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>			

Muestro por ARL/EPB	Ocupacionales	Hábitos y estilo de vida
Control PYP EPS <input checked="" type="radio"/>	Control períodos ocupacional <input checked="" type="radio"/>	Deeta <input type="radio"/>
Remisión EPS <input checked="" type="radio"/>	Higiene postural <input checked="" type="radio"/>	Ejercicio regular <input checked="" type="radio"/>
Continuar manejo médico <input type="radio"/>	Uso de elementos protec. personal <input 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"/>
Optometría anual <input checked="" type="radio"/>	Capacitación trabajo en altura <input type="radio"/>	Recreación <input checked="" type="radio"/>
Valoración en EPS <input type="radio"/>	Pruebas activas <input type="radio"/>	Medidas ambientales variables <input type="radio"/>
Recepción de certificación de origen en EPS <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>
Odonatología <input type="radio"/>		
Tuberculosis hepática <input type="radio"/>		
Otro <input type="radio"/>		

ORIENTAR Y/O INFORMAR al Cliente que se está suministrando copia de la historia y resultados de los exámenes ocupacionales y pruebas epidemiológicas que le fueron solicitados por SONAR SAS, así como, igualmente, indicar que con el presente se proporciona al representante para dicho valorar el resultado final de la valoración médica ocupacional. LEY DE PROTECCIÓN

Dra. Carmen Elena Lopez Arredondo  
Esp. Salud Ocupacional  
C.C. 1206  
Rev. 6, 2003

Trabajador JUAN PABLO ROBERO OBANDO  
C.C. 1085330102  
Declaro que todo lo escrito en este documento es la verdad

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro Teléfono: 7312076 - 7396568 - 315540480  
Email: sonar.gerencia@sonar.com

SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

Nº 900649614 - 1.

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
Tel: 7310676 - 7399588 3158404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL



Tipo certificación: Ingreso  Perfección  Retiro  Caso Ocupacional  Trabajo en altura   
Control  Reubicación  Ingreso al SVE  Post-incapacidad

Fecha: 28/11/2019 EPS: MEDCARE Empresa IPS: MEDCARE DE COLOMBIA SAS

Dirección: AVENIDA 2E # 5-23 BARRIO CEIBA DE CUCUTA Teléfono: 314 2858685

Bed: Actividades: DRAGONEANTE Fondo de pensión: NINGUNA

ID: 211085330102 Nombre: JUAN PABLO ROBERTO OBANDO Hijos: 0 Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: 29/08/1997 Edad: 22 años

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Separado  U. Libre  Escolaridad: Primaria  Secundaria  Técnica  Uner  Post Grada

Dirección: PABTO Teléfono: 3103820083 ARL: NINGUNA Municipio: Departamento: RI

Asociaciones afines:

INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO ACTUAL O CARGO A OCUPAR

Nombre del cargo: DRAGONEANTE Arreglos del Cargo: 0 Antigüedad en la empresa: 1 N° de personas a cargo: 8

Sociedad: OPERATIVO Turno: Diurno  Nocturno  Rotativo

Funciones del cargo: SEGURIDAD, RECONCILIACION, DISCIPLINA Y ORDEN DE LOS ESTABLECIMIENTOS, CUSTODIA, VIGILANCIA

Equipos, herramientas y materia prima utilizada

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

Gafas  Casco  Tapabocas  Overol  Botas  Protección auditiva  Respirador  Guantes   
Escaleras  Cables  Alfombras  Peto  Veos  Otros  CHALECO ANTIBALAS, BASTON RADIO, RESTRICCIONES, REVOLVER FUSIL O PISTOLA MANUAZ, GORRA, UNIFORME TONFA



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

NIT 900849614

Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310078 7365585 - 2155404983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

HISTORIA DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGOS

Empresa	Cargo	Factor de riesgo											Tiempo Años								
		D	N	R	VB	TA	T	PR	P	H	V	GR		BR	DB	EI	DI	F	EPP	MEC	OT
		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																		

Observaciones: NO BABE

ACCIDENTES DE TRABAJO  SI  NO  TRAJO HISTORIA CLINICA  SI  NO

Fecha	Empresa	Tipo Lesión	Parte Afectada	Días Inc	SUSPENSIÓN	
					SI	NO

INDICIALIZACION  SI  NO

Observaciones



**SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS**

NE. 900849814 - 1

Dirección Calle 17 # 29 - 12 Centro

Tel: 7310078 - 7309588 - 3156404983

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

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

Observaciones

**ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS**

Vacuna	Fecha	No Dosis
Hepatitis a	28/10/2019	Dosis 1
Hepatitis b	28/10/2019	Dosis 1
Levanta tabaco anti-PHic	11/07/2002	Dosis 1
Fiebre amarilla	22/02/2008	Dosis 1

Observaciones

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Enfermedad	SI	NO	Parentesco	Enfermedad	SI	NO	Parentesco
HTA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Padre	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"/>	
ULCERA PÉPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		CÁNCER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
DIABETES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		OTROS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Observaciones

**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"/>
OTIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ENF ACTO PÉPTICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	VARICES EN M.M.U.s	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ORRINITIS	<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 CARDÍACA	<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"/>	HIPERCOLESTEROLEMIA	<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"/>
ANGIOLITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	THROMBOSIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	ODOR 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: NO USA CORRECCIÓN ÓPTICA  
 NUNCA AL MOMENTO DE LA CONSULTA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, NUNCA ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS NUNCA CONSULTA EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA CON PSICOLOGÍA Y/O PSQUIATRÍA



SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS

NR 900849614 1

Dirección: Calle 17 # 28 - 12 Centro  
Tel: 7310078 - 7388338 - 3133+04983

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Diagnóstico	Procedimiento	Fecha	Complicaciones
VARICOLELE L20	VARICOLELECTOMIA	2006-2010	NINGUNA

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

Diagnóstico	Lesión	Fecha	Complicaciones
NO			

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS

NO
----

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

Marquitos	Ciclo	Fum	Diagnósticos	Planificación
Metodo	G P A G E M V FUP	FUC		Si No

¿Practica algún deporte?  SI  No Frecuencia  Diario  Semanal  Quincenal  Mensual  Ocasional

PATRIAJE

presentado lesiones deportivas NO Examen medico  
actividades manuales  SI  No Ochoes domesticos  SI  No

ANTECEDENTES TOXICOS

Fuma  SI  No Exfumador  SI  No Años de suspensión 1 Años de fumador 0 Cigarrillos al día 8  
Uso Alcohol  SI  No Frecuencia  Diario  Ocasional  Semanal  Quincenal  Mensual  Orogredacion  SI  No

REVISIÓN DE SISTEMAS

Síntoma	SI	NO	Síntoma	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO	Enfermedad	SI	NO
Dolor Precordial	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Brote	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sangrado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración Visual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Deformidad articular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lipotimia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Purpura	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración Motora	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Rinorrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Limitación para movimientos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Palpitaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dispepsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Puntos en los ojos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Inflamación de articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Síncope	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo rectal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ostrucción nasal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hiperemia ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Parosismos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Desconocimiento	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Vértigo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Expectoración	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Secreción ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disenterias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cefalea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sordidez	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Osatis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Raquecedad ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Pérdida de fuerza muscular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Inestabilidad	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor torácico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hematuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ardoz ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor con cambios de temperatura	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Distorsión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor abdominal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	fecuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Presencia de masas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Espasmodia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Polidipsura	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Otitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Eritema	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Estrabismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tenesmo Vesical	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en columna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
Hiperhidrosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sibilos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Alteración sensitiva	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor en articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

Observaciones: AUTOMÁTICO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. LUCE PENADO, ALERTA, CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA. LUGIDO LENGUAJE ARTICULADO. MEMORIA CONSERVADA PENSAMIENTO LOGICO SIN SIGNOS CLINICOS DE ANSIEDAD NI DEPRESION



**SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS**

NIL 900849614 - 1

Dirección: Calle 17 # 28 - 12 Centro  
Tel. 7310076 - 7386588 - 3165404863

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

**EXAMEN FÍSICO ASPECTO**

Letalidad D( ) Z( ) Talla 176 cm Peso 72.5 Kg IMC 23.41 Interpretación Normal Talla 110cm FC 66 Añr FR 18 Añr  
Medida cintura 9 cm Cadera 9 cm Índice cintura-cadera 0 Edad cronol +19.8 Normal 18.8-24.7 Estratificación 25-30.9 Obesidad +300-  
Interpretación índice cintura-cadera

ORGANO / SISTEMA		NORMAL	ANORMAL		
PIEL	Dermatosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	FORNITAL DE 2CM X 0.3MM - BNGU KAL IZO	
	Tatuajes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Férreas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
OJOS	Palpebras	<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"/>		
	ODOS	C. externos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		Pabellones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tímpanos		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
NARIZ	Conchas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Tartraps	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Mucos	<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	Tiroidea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Movilidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
TORAX	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"/>		
OCRGO	Columna Vert	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abducción: ALINEADA MOVIMIENTOS DE ROTACION, FLEXION Schöber: EXTENSION Y LATERALIZACION DE COLUMNA LUMBAR CONSERVADOS 5cm                      17.5 cm                      Clasificación: II	
ABDOMEN	Visceras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Parad	<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"/>	Tinel: 0 Negativo   Negativo Phalen: 0 NEGATIVO   Negativo Finkelstein: 0 NEGATIVO   NEGATIVO NEER HAWKINS-KENNEDY JOBE TEST DE YOCUM TEST DE EPICONDILITIS NEGATIVO BILATERAL. NO DEFORMADEAS APARANTES AL EXAMEN FÍSICO	
	Inferiores	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bursaco: 0 Negativo   Negativo      MC MURRAY NEGATIVO BILATERAL	



**SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS**  
 NR 800649614 - 1  
 Dirección: Calle 17 # 29 - 12 Centro  
 Tel 7310078 - 7385388 3156404883  
**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

<b>NEUROLÓGICOS</b>				Gón: <input type="radio"/> D negativo <input type="radio"/> I negativo Lumbag: <input type="radio"/> D NEGATIVO <input type="radio"/> I NEGATIVO NO EDEMA NO DOLOR LOCAL A LA PALPACION EN ARTICULACIONES - ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS
	Vascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Fuerza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Marcha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Sensibilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

EXÁMENES DE LABORATORIO		
TIPO DE EXÁMEN	FECHA	RESULTADO
Crudo Hemático		
Perfil de Orina		
Colesterol		
Triglicéridos		
Perfil Lipídico		
Glicemia		
Captación		
Serología		
BY		
Gravidez		
Frotis Papanicolaou		
Hemodiatálisis		
Visión		Del Referido Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Corregido Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Otro
Esfermetría		Normal <input type="radio"/> P. Obstruccion <input type="radio"/> P. Restricción <input type="radio"/> P. Miopía <input type="radio"/> Obs.
Audiometría		Normal <input type="radio"/> H. neur <input type="radio"/> Sana Grado 1 <input type="radio"/> Grado 2 <input type="radio"/> Grado 3 <input type="radio"/>
		H. Conductiva <input type="radio"/> H. Mixta <input type="radio"/> Obs <input type="radio"/>
Optometría		Normal <input type="radio"/> Obs. <input type="radio"/> Diagnóstico <input type="radio"/>

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
 Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicopatol  Ergonómico  Otro

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	
Cód	Observación
001	TRASTORNO DE LA REFRACCION NO ESPECIFICADO
008	ESPIRAL L5/S1 ESPECIFICA

**OBSERVACIONES**  
 ASISTE PACIENTE CON NUEVA RX DE COLUMNA DORSO LUMBAR LA CUAL CORROBORA LA EXISTENCIA DE UN DEFECTO DEL CIEPE DEL CUERPO VERTEBRAL DE L5. SE EVALUA SEGUN PROFESIOGRAMA DICE TIENE RESTRICCIÓN PARA EFECTUAR LABORES INHERENTES A SU CARGO, COMO MARCHAS, ASCENSO Y DESCENSO DE LAS GARTAS. IMPEDESTACION PROLONGADA TENIENDO EN CUENTA LA EXPOSICIÓN A ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA DURANTE EL ENTRENAMIENTO Y EL DESARROLLO DE SU LABOR Y QUE LA MEDULA ESPINAL NO TIENE UNA PROTECCIÓN OSEA ADECUADA, SE PUEDEN GENERAR LESIONES ESPINALES Y/O PRECIPITACION DE LOS SÍNTOMAS SE DA CONCEPTO DE RESTRICCIÓN POR LO ANTERIOR NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA.

**RECOMENDACIONES**  
 CAPACITACION EN CUIDADO VISUAL Y PAUTAS VISUALES, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, INCLUIR A SVE PARA RIESGO BIOMECANICO.



**SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO SONAR SAS**

NI 960849014 - 1

Dirección: Calle 17 # 29 - 17 Centro  
Tel: 7310079 - 7385588 - 3158401883

**HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL**

**CARGA FÍSICA Y PSICOSOCIAL VALORACION EN EPS.**

**RECOMENDACIONES LABORALES**

DEBE EVITAR ACTIVIDAD LABORAL QUE IMPLIQUE SOBREFUERZO Y/O ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA. EVITAR MARCHAS Y BIPEDESTACIÓN PROLONGADA. ASCENSO Y DESCENSO DE LAS GAVITAS.  
\* NO CUMPLE CON PROFESIOGRAMA (RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR ALTERADA).

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en esta sección están completas y verdaderas. Acordó 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 legislación con legal vigencia.

Dra. Carreón, Elvira López Arevalo  
Espec. Salud Ocupacional  
LN 30. 1209

Trabajador: JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
CC: 1086339182

idime



74/244672/1

Fecha: 29/11/2019 06:31:25 a.m.  
Paciente: JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
Examen: RX COLUMNA DORSO LUMBAR  
Empresa: SALUD OCUPACIONAL DE NARIÑO S

Sede: PASTO  
Estudio: 63381850 244671  
Documento: 1055339102  
Edad: 22 a 3 m 0 d

**RX DE COLUMNA TORACOLUMBAR :**

La densidad ósea es adecuada.

Se comprueba la existencia de un defecto de cierre del arco posterior del cuerpo vertebral de L5.

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 :**

RAQUISQUISIS DE L5.

Cordialmente,

**CARLOS FERNANDO NUÑEZ GUERRERO**  
M.D. RADIOLOGO  
R.M. 778  
C.C. 12983252  
Transcrito por: MOLIC

**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 curso clínico y ayudas diagnósticas previas.



**CNSC**



Comisión Nacional  
del Servicio Civil

IGUALDAD, MÉRITO Y OPORTUNIDAD



**INPEC**  
Instituto Nacional Penitenciario y Capacitación

Bogotá, 10 de Diciembre de 2019

Señor:

**JUAN PABLO ROSERO OBANDO**

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 **262359035** 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:

Comisión Nacional del Servicio Civil

Carrera 18 No. 86 – A4, Piso 7, Bogotá D.C., Colombia

Pbx: 57 (1) 3259700 Fax: 3259713

Línea nacional 01900 3311811 | atenciónciudadano@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.



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 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 que: "...La inhabilidad médica que fundamenta la restricción laboral **NO** corresponde a mis condiciones físicas, no es coherente con el contenido del Profesiograma y por lo tanto no se puede fundamentar de manera técnica y científica que existan razones para excluirme de esta convocatoria. No es justa la discriminación por razones físicas, cuando ya he demostrado mi mérito por razones psíquicas, morales e intelectuales. ...", es preciso indicar que, 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.



**CNSC**



Comisión Nacional del Servicio Civil

IGUALDAD MÉRITO Y OPORTUNIDAD



**INPEC**  
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

Una vez realizada la nueva valoración por medio de la IPS correspondiente, el dictamen médico determinó que el aspirante presenta una restricción o inhabilidad en la Radiografía de Columna (RASQUISQUISIS de L5), para ejercer el cargo al cual aspira. Toda vez que:

Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación y marchas prolongada, tienen limitación para realizar movimientos de flexo-extensión de la columna. El personal con esta patología no podrá realizar guardias en garitas, pabellones o patios ya que requieren mantener una postura más del 80 % de la jornada. Interfiere con la conducción prolongada de vehículos. La selección inicial del aspirante debe ser supremamente rigurosa, para lograr disminuir en un futuro cercano el incremento de las decisiones medico laborales por patologías derivadas del trabajo. En casos severos se requiere la corrección quirúrgica para mantener la alineación de la columna restringiendo los movimientos de la columna y limitando así la velocidad de reacción.

Lo anterior tal como se describe en las páginas 100-149 **SISTEMA OSTEOMUSCULAR** de las inhabilidades médicas del profesiograma de Dragoneantes.

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 descantándose 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.

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 **JUAN PABLO ROSERO OBANDO** identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1085339102**, dentro de los resultados de la Valoración Médica de la Convocatoria 800 de 2018 – INPEC Dragoneantes.



**CNSC**



Comisión Nacional  
del Servicio Civil

IGUALDAD, MÉRITO Y OPORTUNIDAD



**INPEC**  
Instituto Nacional de Pesca y Acuicultura

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.

Proyecto PEDRO V.



**INPEC**

**TARJETA DE CONDUCTA**

Nº. 1.085.339.102

El Subdirector de Cuerpo de Custodia  
hace constar que el A.C.C.

**ROSERO OBANDO JUAN PABLO**




**CONDUCTA EXCELENTE**

F. LICENCIAMIENTO 15/02/2018



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

CENTRO DE INSTRUCCION POPAYAN C-1/2018



Mayor EDGAR GUTIERREZ BARRERA  
Subdirector (E) de Cuerpo de Custodia





DIRECCION DE INMIGRACIONES Y EXTRANJERIA

12/18/17



A2125025

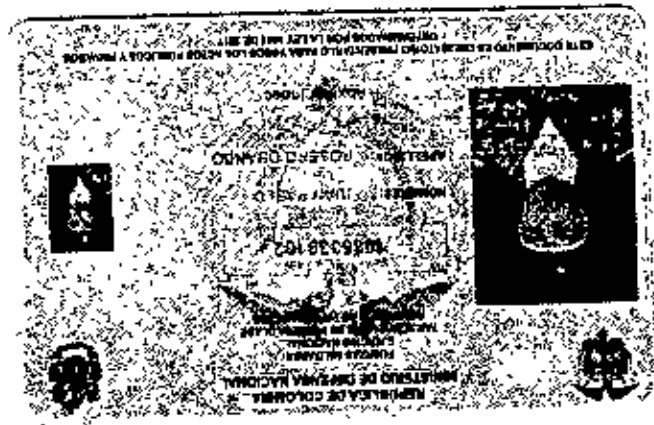
DISTRITO FEDERAL 020

FECHA DE EXPIRACION: 14/12/2019

TIPO DE VISA: TURISMO

2017 2017 2017

RENTAS Y LA SEGURIDAD SOCIAL



2h

93

Lugar y fecha:		23/10/2017			
Contingenta					
Primer	de	2018			

**I DATOS PERSONALES**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
ROSERO		OBANDO		JUAN		PABLO	
Ciudad y Departamento de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Cédula N°	Expedida en	Fecha de Expedición	
Ciudad	Departamento	Día	Mes	Año			
PASTO	NARIÑO	29	8	1997	1065339102	PASTO	24-FEB-2016
Dirección de Domicilio y/o Residencia		Barrio		Ciudad y Departamento del Domicilio			
MANZANA G2 CASA #8		VILLA RECREO		PASTO, NARIÑO			
Correo Electrónico				Teléfonos Fijos		N° Celulares Personales	
Juanpato.85@hotmail.com						3154791482	
Grupo Sanguíneo	Factor RH	Estatura	Peso	Estado Civil	Hijos	EPS o SISBEN	
O	+	1,72	71kg	Soltero	NO	CAFESALUD	

**II DATOS FAMILIARES**

Apellidos y Nombres del Padre		¿Vive?	Apellidos y Nombres de la Madre		¿Vive?
ROSERO CALLE ALEXANDER		SI	OBANDO MUÑOZ CRISTINA MARIBEL		SI
Cédula N°	Expedida en	Cédula N°	Expedida en		
87245339	LA CRUZ, NARIÑO	30743718	PASTO, NARIÑO		
Dirección Domicilio y/o Residencia	N° Teléfono Fijo	Dirección Domicilio y/o Residencia	N° Teléfono Fijo		
MANZANA G2 CASA #8 VILLA RECREO	Haga clic aquí para escribir texto.	MANZANA G2 CASA #8 VILLA RECREO	Haga clic aquí para escribir texto.		
Ciudad de Domicilio	N° Celular	Ciudad de Domicilio	N° Celular		
PASTO, NARIÑO	3217042898	PASTO, NARIÑO	3217042898		

Calle 26 No 27-48, POB 2347474 Ext 1290


[www.inpec.gov.co](http://www.inpec.gov.co)

*1 Ocupación y/o Profesión		*10 Empresa	*11 Ocupación y/o Profesión	*12 Empresa
PENSIONADO		INPEC	AMA DE CASA	Haga clic aquí para escribir texto.
*21 HERMANOS (De mayor a menor)				
*22 Apellidos y Nombres	*23 Cédula N°	*24 Teléfono - Ciudad	*25 Actividad o Profesión	*26 Edad
ROSERO OBANDO LEIDY DIANA	1010026332	3134470580	EMPLEADA	28
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
*31 INFORMACIÓN ACADÉMICA				
Estudios	*31 Nombre de la Institución	*32 Dirección o Barrio de Ubicación de la Institución		*33 Ciudad
Primaria	NORMAL SUPERIOR DE PASTO	CARRERA 26 No. 09 - 05		PASTO
Bachillerato	INSUCA	CALLE 18 #2824		PASTO
Otros	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		Haga clic aquí para escribir texto.
	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		Haga clic aquí para escribir texto.
*41 INFORMACIÓN LABORAL				
*41 Nombre de la última o actual empresa		*42 Dirección de la Empresa	*43 Ciudad	
Haga clic aquí para escribir texto.		Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	
*44 Teléfono	*45 Cargo		*46 Tiempo laborado	
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		Haga clic aquí para escribir texto.	
*47 Motivo del retiro	*48 Fecha del retiro		*49 Nombre del jefe inmediato	
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.		Haga clic aquí para escribir texto.	
*51 REFERENCIAS PERSONALES				
*51 Nombres y Apellidos	*52 Teléfono	*53 Ocupación	*54 Dirección de Domicilio	*55 Ciudad

Calle 26 No. 27-48, PBX 2347474 Ext 1200

contacto@inpec.gov.co

95

ROSERO CALLE HEIMAN	3117461861	DRAGONEANTE	SAMANES DEL CASTILLO	CALI
NATALIA LIZETH SANTANDER DIAZ	3178954376	ESTUDIANTE	CALLE 22 # -13	PASTO
<b>10. VI SITUACIÓN JURÍDICA</b>				
Ha estado involucrado en procesos judiciales, penales, administrativos, u otro tipo de investigaciones?				
10.1 SI	10.2 NO	10.3 Fecha	10.4 Tipo Investigación	10.5 Causa
Ella un elemento.	NO	Haga clic aquí para escribir una fecha.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
<b>11. VII APTITUDES, CUALIDADES Y DESTREZAS</b>				
11.1 Artísticas	11.2 Deportivos	11.3 Culturales	11.4 Estudios	11.5 Otros
Haga clic aquí para escribir texto.	PATINAJE	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	GIMNASTA	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
<b>12. VIII FIRMA DEL ASPIRANTE</b>				
12.1 Nombres Completos	12.2 Primer Apellido	12.3 Segundo Apellido	12.4 N° Cédula de Ciudadanía	
JUAN PABLO	ROSERO	OBANDO	1085339102	
12.4 POST - FIRMA	12.4 Firma Aspirante 			



46

### CONTROL JORNADAS DE SELECCION PARA AUXILIARES BACHILLERES PRI

Fecha de la selección: Día 14 Mes 11 Año 2017

CONTINGENTE: 011 de 18

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE: ROSEDO OSARDO JUAN PABLO

Documento Identificación: Tipo CC X Número 1.095.359.707 Expedido en PASTO-NARIÑO

**CONTROL JURIDICO**  
APTO  NO APTO  PENDIENTE   
Nombre y Apellidos del Profesional que practica la prueba: WILSON CASTELLER  
Firma: [Signature] Tarjeta Profesional: SR. VILLAGARCIA

**CONTROL MEDICO**  
APTO  NO APTO  PENDIENTE   
Nombre y Apellidos del Profesional que practica la prueba: Hernando Leizaola B  
Firma: [Signature] Tarjeta Profesional: [Signature]

**CONTROL ODONTOLÓGICO**  
APTO  NO APTO  PENDIENTE   
Nombre y Apellidos del Profesional que practica la prueba: ROSELYN D.  
Firma: [Signature] Tarjeta Profesional: 192046

**CONTROL PSICOLÓGICO**  
APTO  NO APTO  PENDIENTE   
Nombre y Apellidos del Profesional que practica la prueba: [Signature]  
Firma: [Signature] Tarjeta Profesional: [Signature]

**PRUEBA FÍSICA**  
Precedente  Puntaje Obtenido 80%  
Nombre y Apellidos del Profesional que practica la prueba: D. SANCHEZ  
Firma: [Signature] Tarjeta Profesional: INSTRUCTOR

**ENTREVISTA INSTITUCIONAL**  
APTO  NO APTO  PENDIENTE   
Nombre y Apellidos del Profesional que practica la prueba: INPEC  
Firma: [Signature] Tarjeta Profesional: INSTRUCTOR

[Signature]  
Firma del aspirante

48

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

2. EXAMEN DE LICENCIAMIENTO \_\_\_\_\_  
 3. LUGAR Y FECHA PASTO - CAUCA 14 de Noviembre - 2017  
 4. APELLIDOS Y NOMBRES DOLISA ORAÑO JUAN PABLO  
 5. C.C. N° 7.015.339.102 de PASTO - NARIÑO  
 6. EDAD 20 7. ESTADO CIVIL Soltero 8. NATURAL DE Pasto - Nariño

**EXAMEN ODONTOLÓGICO**

9. ESTADO GENERAL CAVIDAD BUCAL Buena  
 10. TIPO DENTURAL NO 11. OCLUSIÓN NO  
 12. ANODONCIA NO 13. AUSENTES NO  
 14. C. MAX. SUP. \_\_\_\_\_ 15. C. MAX. INF. \_\_\_\_\_  
 16. R. ABANDONADAS \_\_\_\_\_ 17. FX. CORONALES \_\_\_\_\_  
 18. MAL POSICIÓN \_\_\_\_\_  
 19. PERIAPICALES \_\_\_\_\_ 20. FÍSTULAS \_\_\_\_\_  
 21. PARADONTOSIS \_\_\_\_\_ 22. OESVITALIZADOS \_\_\_\_\_  
 23. PROT. PARCIAL \_\_\_\_\_ 24. PROT. TOTAL \_\_\_\_\_  
 25. ODONTOGRAMA \_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**GLOSARIO**

- CARIES:
- AMALGAMA:
- AUSENTE:
- EXODONCIA INDICADA:
- RESTO RADICULAR:
- REQUIERE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS: (En Rojo)
- PROTESIS:
- PRESENTA TRATAMIENTO DE CONDUCTOS: (En Negro)
- FRACTURA:
- RESINA:
- EN ERUPCIÓN:
- SELLANTES:
- CORONA:

26. OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

27. APTO  NO APTO \_\_\_\_\_ CODIGO DE INHABILIDAD \_\_\_\_\_

28. FIRMA ODONTÓLOGO [Firma]

29. REGISTRO DONTOLÓGICO 792640

48

FORMATO O.P. 60-18-01 V02  
EXAMEN MEDICO DE CAPACIDAD PSICOFISICA  
DE ADMISION PARA AUXILIARES BACHILLERES DEL INPEC

1. FECHA: 14 de Noviembre 2013  
 2. APELLIDOS Y NOMBRES: ROSAO DANNO JUAN PABLO  
 3. C.C. N° 1.035.339.102 DE PASTO - HABIDO 4. EDAD 20  
 5. NATURAL DE: PASTO - HABIDO  
 6. ANTECEDENTES HEREDITARIOS: HTA (padre)  
 7. ANTECEDENTES PERSONALES: negativo  
 8. EXAMENES DE LABORATORIO:  
 9. EXAMEN \_\_\_\_\_ 10. FECHA \_\_\_\_\_ 11. RESULTADO \_\_\_\_\_  
 12. CUADRO HEMATICO \_\_\_\_\_  
 13. PARCIAL DE ORINA \_\_\_\_\_  
 14. SEROLOGIA \_\_\_\_\_

EXAMEN CLINICO

15. OJOS norm 16. OIDOS norm 17. NARIZ norm  
 18. AMIGDALAS norm 19. CARDIOVASCULAR norm  
 20. RESPIRATORIO \_\_\_\_\_  
 21. DIGESTIVO \_\_\_\_\_  
 22. TENSION MINIMA 70 23. TENSION MAXIMA 100  
 24. ENDOCRINO \_\_\_\_\_  
 25. TONO MUSCULAR norm  
 26. PIEL ANEXOS norm 27. DEFORMACIONES no  
 28. HERNIAS Y VARICES \_\_\_\_\_ 29. PESO 71 30. ESTATURA 1.72  
 31. OBSERVACIONES:  
MA = 110 cm

32. Conforme al artículo 3° del Decreto Ley 1795 de 2000, el staffier examinado es:

APTO X APLAZADO \_\_\_\_\_ NO APTO \_\_\_\_\_

33. FIRMA MEDICO

*Hernando Leyarcha B*  
 MEDICO CIRUJANO  
 INSTITUTO DE FORTY  
 1001000

**DATOS GENERALES AUXILIARES BACHILLERES**

**1. INCORPORACIÓN**

1.1 Ciudad y fecha: POPAYAN - CAUCA 14 de NOVIEMBRE 2017

1.2 Apellidos y Nombres: ROSETO ORLANDO JUAN PABLO

1.3 Edad: 20 1.4 Fecha de Nacimiento: 29 de Agosto 1997

1.5 Estatura: 1.72 1.6 Cédula: 7.095.339.702 de: PISTO - NARIÑO

**2. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (Padres, Hermanos)**

1.1 NOMBRES Y APELLIDOS	1.2 PARENTESCO	1.3 EDAD	1.4 ESCOLARIDAD	1.5 OCUPACIÓN
ALEXANDRA ROSETO CALLE	PADRE	58	BACHILLER	PENSIONADO
CATALINA DREIL ORLANDO	MADRE	48	PRIMARIA	AMA DE CASA
LEONOR ROSA ROSETO ORLANDO	HERMANA	28	BACHILLER	EMPLEADA

2.1 Lugar que ocupa entre los hermanos: 3 2.2 No único: NO

2.3 Dirección de la residencia: Muzana G2 casa #8

2.4 Barrio: VILLA RECIBO 2.5 Teléfono Ho: NO 2.6 Celular: 3777042898

2.7 Bachiller del Colegio: INSUKA

2.8 Describe 5 cualidades de su forma de ser: DISCIPLINADO, RESPETUOSO, COLABORADOR, TOLERANTE, AMABLE

2.9 Describe 5 aspectos negativos de su forma de ser: EGOCENTRISTA, PERFECCIONISTA, MALGRACADO

2.10 Actividades que hace como pasatiempo:  
Entrenamiento de: PNEUMATICA Profesional  
HOCKEY  
GIMNASIA  
Voley Ball



Forma 14-11

12. Que características cree que debe tener una persona para prestar el servicio militar en el INPEC.

De gusto al INPEC.

Seguir el ejemplo que tiene el INPEC. Siempre.

13. Motivo por el cual desea prestar su servicio militar en el INPEC.

Por el ejemplo que tiene el INPEC.

Consumo de Sustancias Psicoactivas, drogas, alcohol.

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

NO

15. Si en respuesta es positiva, bajo qué circunstancias lo comocó?

Por el ejemplo que tiene el INPEC.

16. Conoce algún centro comunitario? SI X NO

Así como hoy tenemos un sistema de comités de base que están recibiendo en los centros comunitarios.

Ellos también han formado comités de base en los centros comunitarios.

comienza la justicia de una sola y si hay que que se debía de tener que estar a la comunidad que que está comiendo.

17. Que piensa de las personas que están recibiendo en los centros comunitarios.

Así como hoy tenemos un sistema de comités de base que están recibiendo en los centros comunitarios.

Ellos también han formado comités de base en los centros comunitarios.

comienza la justicia de una sola y si hay que que se debía de tener que estar a la comunidad que que está comiendo.



50

MINISTERIO DE JUSTICIA  
 INPEC  
 S.E. DISTRITO FEDERAL - PENITENCIARIO  
 S.E. FOMENTO ESCOLAR

Observaciones: *El traslado se hizo en...*  
*Ordenado en función de...*  
*Alcaldía de...*

NO. *18*

LA FIRMA DEL PSICÓLOGO *X*

50

	M	K
P	4	5
S	6	15
H	4	15
UN	Opto	

# EPI

## Forma A

Apellido y nombre ROSEAO OBANDO JUAN PABLO Edad 20 Sexo M  
 Ocupación DEPORTISTA Estudios BACHILLERATO Sexo L  
 Centro de estudio o trabajo INSUCA Ciudad PASTO-IBARRO

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas preguntas que hacen referencia a su manera de proceder, de sentir y de actuar. Después de cada pregunta leé un espacio en el que Ud. debe contestar SI o NO trazando una cruz en el círculo correspondiente.

Lea cada una de las preguntas y decida si, aplicada a Ud mismo indica su modo habitual de actuar o sentir. Si quiere Ud. contestar SI, trace una cruz dentro del primer círculo, en la columna encabezada con el SI. Si desea contestar NO trace una cruz en el segundo círculo, en la columna encabezada con el NO.

Trabaje rápidamente y no emplee demasiado tiempo en cada pregunta. Es preferible su primera reacción, la espontánea, y no una contestación largamente meditada y ponderada. Contesté a todas las preguntas sin omitir ninguna. Normalmente toman unos pocos minutos en completar todo el Cuestionario.

No existen contestaciones "buenas" ni "malas", esto no es una prueba de inteligencia o habilidad, sino simplemente una apreciación de su modo normal de actuar. Trabaje rápidamente y no olvide contestar a todas las preguntas. Si tiene dudas ante una pregunta decídase por la respuesta que se acerca más a su modo de ser.

AHORA, VUELVA LA PAGINA Y COMIENZE



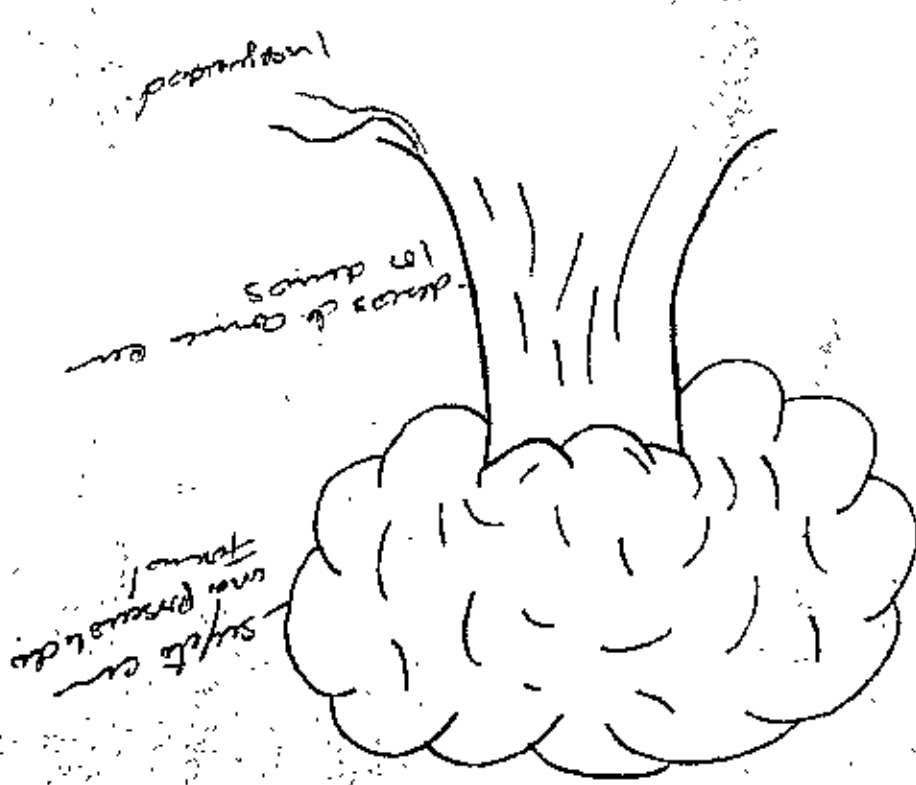
Authors: H. J. Eysenck and S. B. Eysenck  
 Copyright © 1973 by University of London Press  
 Copyright © 1973 by TEA Ediciones, S.A. - Printed and adapted as permitted by TEA Ediciones, S.A. from the original work by H. J. Eysenck and S. B. Eysenck. This work is published by TEA Ediciones, S.A. in the Spanish language. All rights reserved. No part of this work may be reproduced without the written permission of TEA Ediciones, S.A.  
 Edición: 1973. Impreso en España. Distribución por España por TEA Ediciones, S.A. - Distribución por el extranjero por TEA Ediciones, S.A.

- |                                                                                                      | SI                    | NO                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 1. ¿Cosas Vd. a menudo ansiedad y bullicio?                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1  |
| 2. ¿Necesita con frecuencia amigos que le comprendan y atiendan?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2  |
| 3. De ordinario, ¿es Vd. una persona despreocupada?                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3  |
| 4. ¿Encuentra muy duro tener que aceptar una negativa?                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4  |
| 5. Antes de llevar a cabo una acción, ¿se para Vd. a reflexionar?                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5  |
| 6. ¿Su estado de ánimo sufre alibajos algunas veces?                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6  |
| 7. ¿Se siente siempre desdichado sin ningún motivo para ello?                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7  |
| 8. ¿Generalmente dice y hace las cosas con rapidez y sin pensarse a pensarlas?                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8  |
| 9. ¿Se siente Vd. súbitamente tímido cuando desea hablar con un desconocido simpático y atractivo?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9  |
| 10. Ante un reto o provocación, ¿haría cualquier cosa sólo para demostrar osadía?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10 |
| 11. ¿Se produce a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho?                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11 |
| 12. ¿Son todos sus costumbres buenas y deseables?                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12 |
| 13. ¿Hacen Vd. con frecuencia cosas de repente?                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13 |
| 14. ¿Se siente Vd. fácilmente herido en sus sentimientos o amor propio?                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14 |
| 15. En general, ¿prefiere Vd. la lectura la conversación con la gente?                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15 |
| 16. ¿Se encuentra algunas veces rebosante de energía y otros francamente agotado?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 16 |
| 17. ¿Le gusta mucho salir de casa?                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 17 |
| 18. De todas las personas que conoce, ¿hay algunas que no le gustan en absoluto?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 18 |
| 19. ¿Le ocurre a menudo el "soñar despierto"?                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 19 |
| 20. ¿Prefiere tener pocos amigos, pero muy escogidos?                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 20 |
| 21. ¿Se siente a menudo preocupado por sentimientos de culpa?                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 21 |
| 22. Cuando alguien le grita, ¿responde Vd. también gritando?                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 22 |
| 23. ¿Diría Vd. que sus nervios acostumbran a estar en tensión?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 23 |
| 24. ¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a una cita?                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 24 |
| 25. ¿Puede Vd. normalmente despreocuparse de sus problemas y disfrutar mucho en una fiesta?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 25 |
| 26. Después de haber hecho algo importante, ¿piensa Vd. a menudo que podría haberlo realizado mejor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 26 |
| 27. ¿Piensan los demás que Vd. es una persona muy activa y animada?                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 27 |
| 28. ¿Acuden ideas a su cabeza que le impiden conducir el sueño?                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 28 |

$n = 2$	$r = 3$	$s = 2$
2	3	2
$\frac{4}{5}$	$\frac{6}{15}$	$\frac{4}{15}$

- |                                                                                                                     | SI                               | NO                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----|
| 29. La mayoría de las veces, ¿está callado cuando se halla con otras personas?                                      | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 29 |
| 30. ¿Habla algunas veces de cosas que desconoce?                                                                    | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 30 |
| 31. ¿Nota Vd. palpitations o golpes en el corazón?                                                                  | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 31 |
| 32. Si Vd. quiere conocer o enterarse de alguna cosa, ¿prefiere consultar un libro antes que preguntarlo a alguien? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 32 |
| 33. ¿Sufre temblores o estremecimiento?                                                                             | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 33 |
| 34. ¿Le gusta aquella clase de trabajo que exigen de Vd. una intensa atención?                                      | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 34 |
| 35. ¿Es Vd. una persona irritable?                                                                                  | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 35 |
| 36. ¿Murmura Vd. alguna vez?                                                                                        | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 36 |
| 37. ¿Le espanta la idea de tener que dar una charla o dirigir la palabra a un grupo?                                | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 37 |
| 38. ¿Se preocupa por desgracias que podrían suceder?                                                                | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 38 |
| 39. ¿Le gusta hacer cosas en las cuales tenga que actuar con rapidez?                                               | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 39 |
| 40. ¿Tiene Vd. muchas pesadillas?                                                                                   | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 40 |
| 41. ¿Se sentiría Vd. muy desdichado si no pudiera ver a muchas gentes?                                              | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 41 |
| 42. Alguna vez, después de oír al despertador, ¿ha pretendido quedarse un rato más en la cama?                      | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 42 |
| 43. ¿Se siente afectado por sus dolores y achaques?                                                                 | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 43 |
| 44. ¿Le gusta tanto hablar con la gente, que no pierde ocasión de hablar incluso con un desconocido?                | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 44 |
| 45. ¿Se considera Vd. una persona nerviosa?                                                                         | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 45 |
| 46. ¿Normalmente escribe Vd. con lentitud y sin prisas?                                                             | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 46 |
| 47. ¿Se siente Vd. fácilmente ofendido cuando la gente le encuentra defectos a Vd. en su trabajo?                   | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 47 |
| 48. ¿Le gusta que alguna vez le staben algo de lo que ha hecho?                                                     | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 48 |
| 49. ¿Diría Vd. que es una persona con gran confianza en sí mismo?                                                   | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 49 |
| 50. ¿Le preocupan sentimientos de inferioridad?                                                                     | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 50 |
| 51. Cuando en un restaurante le sirven algo que no le agrada, ¿prefiere Vd. dejarlo sin decir nada?                 | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 51 |
| 52. ¿Se preocupa por su salud?                                                                                      | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 52 |
| 53. ¿Le es fácil animar una fiesta o reunión estorbada?                                                             | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 53 |
| 54. ¿Ha comido Vd. alguna vez algo más de lo que debería?                                                           | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 54 |
| 55. ¿Sufre Vd. de insomnio?                                                                                         | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 55 |
| 56. ¿Tiene tendencia a pasar de una actividad a otra constantemente?                                                | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | 56 |
| 57. Cuando promete algo, ¿lo cumple siempre aunque le cueste hacerlo?                                               | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | 57 |

N = 2	F = 3	S = 7
-------	-------	-------



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TOMA DE MUESTRAS PARA  
EXAMENES CLINICOS Y PARA CLINICOS**

ROSERO OBANDO JUAN PABLO, mayor de edad, identificado con la cédula  
de ciudadanía número 1.085.339.102 expedida en PASTO, NARIÑO

AUTORIZO al área de salud de los Centros de Incorporación e Instrucción Grupo de  
Servicio Militar del INPEC, para que realice la toma de electrocardiograma y muestras  
en sangre y orina para análisis de laboratorio.

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.

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 06 del mes 02 del año 2.018

Firma

Cédula 1.085.339.102

Huella índice derecho

IPS LABORATORIO CLINICO  
ESPECIALIZADO  
MARIA GISELA RAMIREZ  
MTT: 900.422.062

**CONSENTIMIENTO  
INFORMADO PRUEBA  
VIH**

PAGINA 1 DE 2

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS DE VIH**

Información para ser leída por el profesional de la salud al paciente antes de la realización de las pruebas presuntiva y diagnóstica de la infección por el VIH. El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria que una persona da por escrito luego de la asesoría y consejería pre-prueba, autorizando que se le realice el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana):

**PROPÓSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA**

La prueba que se le va a realizar, cuyo nombre es ELISA es para VIH, mediante la determinación en sangre de los anticuerpos (defensas producidas en la sangre) contra este virus. El propósito de realizar esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado (a) con el virus, se puede realizar ante la sospecha de infección, pero también de forma preventiva, como cuando se practican a las mujeres en embarazo. Son indicaciones para la prueba: Antecedentes de riesgo no laboral (haber recibido trasplantes o transfusiones sanguíneas, uso de agujas compartidas, relaciones sexuales con personas infectadas, promiscuidad sexual, dependencia de sustancias psicoactivas, entre otras). Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH. Accidente laboral, Embarazo y Solicitud voluntaria.

**INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA**

El primer paso se llevará a cabo al examinar su sangre utilizando una prueba ELISA, si este resulta REACTIVA (positiva) se le repetirá el procedimiento de laboratorio antes de entregarle el diagnóstico y será necesario realizarle otra prueba confirmatoria (examen de laboratorio Western Blot el cual se confirma la infección por el VIH). Si el resultado de esta prueba es positiva significaría que usted está infectado por el VIH y que lo pueda transmitir a otras personas (si no toma las medidas de precaución adecuadas). Si el resultado es NEGATIVO significa que no hay evidencia de laboratorio hasta el momento de que usted está infectada.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA**

Las pruebas de laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso positivo significa que la prueba presuntiva ELISA fue positiva y la prueba confirmatoria fue negativa. En este caso la prueba presuntiva indicaba la presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no los había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detecta anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba se realiza durante el período de ventana inmunológica, es decir cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir 3 meses) y por lo tanto no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que puedan ser detectados por una prueba de ELISA. Es posible que en las pruebas presuntivas y confirmatorias se presenten resultados indeterminados, esto significa que no hay seguridad de que la persona esté realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba. Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presentará síntomas o desarrollará SIDA, o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario de una persona como consecuencia de la infección por VIH. En caso de que su diagnóstico sea POSITIVO requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por el VIH.



IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO MARIA GISELA RAMIREZ NIT: 900 412 862	<b>CONSENTIMIENTO          INFORMADO PRUEBA          VIH</b>	
		PAGINA: 2 DE 2

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

A algunas personas cuando se les informe que tienen anticuerpos contra VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones, emociones, incluyendo ansiedad y depresión. También puede ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnóstico puede llegar a generar.

**CONFIDENCIALIDAD:** Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserve que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona con el fin de garantizar su derecho fundamental a la intimidad).

Yo, JUAN PABLO ROSALES OBANDO identificado con cédula de ciudadanía No. 7.025.319.107, acudiendo en calidad de paciente del laboratorio clínico María Gisela Ramírez certifico que en el día 06 de Febrero - 2018. De manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales he leído (o que me han leído) el presente documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones, beneficios y riesgos de la prueba de VIH. He recibido consejería pre-prueba.

Actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y conformarme con relación a mis conocimientos, creencias y conductas antes de realizarme la prueba diagnóstica. También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, de esta también recibiré una asesoría post-prueba, procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que el toma de muestra es voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Fui informado de las medidas que se tomaron para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Firma de la persona quien da el consentimiento (Paciente)

Nombre: JUAN PABLO ROSALES OBANDO

Cédula de ciudadanía No: 7.025.319.107

Huello índice derecho

Firma del Bacteriólogo quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre:

Cédula o Registro Profesional No:

Firma del Profesional que realizó la consejería

Nombre:

Firma de la negación del consentimiento informado

Nombre

Cédula de Ciudadanía



**LABORATORIO LORENA VEJARANO S.A.**  
SEDE PRINCIPAL CRA. 5A N° 10N-09 POPAYAN  
TELEFONOS 8208634 - 8220644 - 8234005

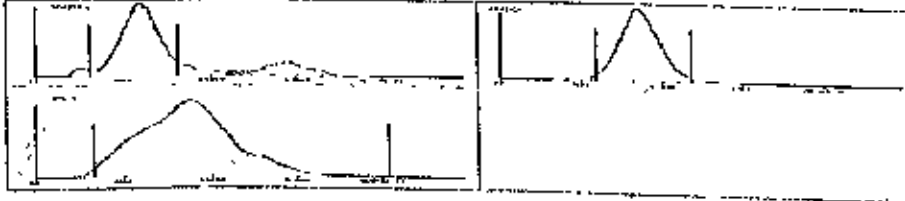


Nombre: JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
Documento: 1085339102  
Doctor: MARGARITA VARGAS T  
Empresa: LAB CLINICO MARIA GICELA RAMIREZ  
ESE:

Referencia: 10099939  
Edad/Sexo: 20 / M  
Fecha Recepción: 2018-02-06 10:27:47  
Fecha Impresión: 2018-02-07 15:48:29

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
<b>HEMATOLOGIA</b>				
<b>HEMOGRAMA</b>				
LEUCOCITOS (Leu)	6.86	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	5.2-	12.4
ERITROCITOS (Eri)	5.89	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4.2-	6.1
HEMOGLOBINA (Hb)	15.1	g/dl	12.0-	18.0
HEMATOCRITO (Htc)	48.2	%	37.0	52.0
RECuento DE PLAQUETAS (Plt)	316.0	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	150-	450
PLAQUETOCRITO (Ptc)	0.177	%	0.100-	0.500
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	81.9	f	80-	90
CONCENTRACION MEDIA DE HB	25.7	pg	27.0-	31.0
CONCENTRACION MEDIA HB	31.4	g/dl	33.0-	37.0
INDICE DISTRIBUCION ERITROCIT.	13.5	%	11.5-	14.5
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	5.60	f	7.2-	11.1
INDICE DISTRIBUCION DIFERENCIAL	19.8	%	10.0-	50.0
% LINFOCITOS	36.4	%	19.0-	48.0
% MONOCITOS	6.30	%	3.4-	9.0
% NEUTROFILOS	49.0	%	40.0-	74.0
% EOSINOFILOS	8.03	%	0.0-	7.0
% BASOFILOS	1.24	%	0.0-	1.5
# LINFOCITOS	2.43	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.8-	5.2
# MONOCITOS	0.432	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	0.16-	1.0
# NEUTROFILOS	3.38	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	1.9-	8.0
# EOSINOFILOS	0.551	10 <sup>9</sup> /uL	0.0-	0.8
# BASOFILOS	0.085	10 <sup>9</sup> /uL	0.0-	0.2
DIFERENCIAL MANUAL				

Fecha/Hora Val: 2018-02-08 12:44:39



*Diego Andrés Palacios*

DIEGO ANDRÉS PALACIOS OLIVEROS  
C.C. 1045613518  
BACTERIOLOGO

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Página 1 de 1

07/02/2018 3:40 PM



**LABORATORIO LORENA VEJARANO S.A.**  
 SEDE PRINCIPAL CRA. 5A N° 10N-09 POPAYAN  
 TELEFONOS 8206634 - 8220644 - 8234005



10099939

**Nombre:** JUAN PABLO ROSERO OBANDO **Referencia:** 10099939  
**Documento:** 1085339102 **Edad/Sexo:** 20 / M  
**Doctor:** MARGARITA VARGAS T **Fecha Ingreso:** 2018-02-06 10:27:47  
**Empresa:** LAB CLINICO MARIA GICELA RAMIREZ **Fecha Impresión:** 2018-02-07 15:48:30  
**ESE:**

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>INMUNOQUIMICA</b>			
Glicemia	81	mg/dl	Prematuros 20-60 mg/dl Neonatos : 30-60 mg/dl Niños. 60-100 mg/dl Adultos: 70-105 mg/dl Menores de 60 años. 80-115 mg/dl Menores de 70 años 83-110 mg/dl

Fecha/Hora Val: 2018-02-06 13:33:28

**CREATININA** 1.03 mg/dL

Valores de Referencia  
 Hombres 0.72 - 1.25 mg/dL  
 Mujeres. 0.57 - 1.11 mg/dL

Fecha/Hora Val: 2018-02-06 13:33:49

**VIH Ag/Ab** 0.12 S/CO  
**Detección de Ant. VIH1 y VIH2 de**

NO REACTIVO. MENOR A 1.0 S/CO  
 REACTIVO. MAYOR A 1.0 S/CO

Técnica: Quimioluminiscencia

Fecha/Hora Val: 2018-02-06 16:25:27

*[Handwritten Signature]*  
 MARGARITA VARGAS T  
 LABORATORIO  
 CLINICO MARIA GICELA RAMIREZ  
 POPAYAN

\*La Interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico\*



**LABORATORIO LORENA VEJARANO S.A.**  
 SEDE PRINCIPAL CRA. 5A N° 10N-09 POPAYAN  
 TELEFONOS 8206034 - 8220644 - 8234606



Nombre: JUAN PABLO ROSERO OBANDO  
 Documento: 1085339102  
 Doctor: MARGARITA VARGAS T  
 Empresa: LAB CLINICO MARIA GICELA RAMIREZ  
 ESE:

Referencia: 10090039  
 Edad/Sexo: 20 / M  
 Fecha Ingreso: 2018-02-08 10:27:47  
 Fecha Impresión: 2018-02-07 15:48:30

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
<b>INMUNOSEROLOGIA</b>			
Serología - Prueba No Treponémica	NO REACTIVO		
Fecha/Hora Val:	2018-02-08 12:04:49		

*[Handwritten Signature]*  
 MARGARITA VARGAS T  
 LABORATORIO LORENA VEJARANO S.A.

\*La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico\*



**LABORATORIO LORENA VEJARANO S.A.**  
SEDE PRINCIPAL CRA. 5A Nº 10N-09 POPAYAN  
TELEFONOS 8208634 - 8220644 - 8234005



62

Nombre:	JUAN PABLO ROSEIRO ODONDO	Referencia:	10099939
Documento:	1085339102	Edad/Sexo:	70 / M
Doctor:	MARGARITA VARGAS T	Fecha Ingreso:	2018-02-06 10:27:47
Empresa:	LAB CLINICO MARIA GICELA RAMIREZ	Fecha Impresión:	2018-02-07 15:48:30
ESE:			

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
---------	-----------	----------	-----------------------

**MICROSCOPIA**

**UROANALISIS**

**ANALISIS FISICO QUIMICO**

Color	AMARILLO		
Aspecto	LIGERAMENTE TURBIO		
Densidad	1.025		
pH	8		
Proteínas	Negativo	mg/dl	
Glucosa	Normal	mg/dl	
Cetona	Negativo	mg/dl	
Urobilínogeno	Normal	mg/dl	
Bilirrubina	Negativo	mg/dl	
Hemoglobina	Negativo		
Nitritos	Negativo		
Esterasa de Leucocitos	Negativa	Leucos	
Acido ascórbico	40mg/dl	mg/dl	

**ANALISIS MICROSCOPICO**

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

xCAP: Por Campo 40X Alto Poder  
TC: Toda la Cámara  
xCBP: Por Campo 10X Bajo Poder

Fecha/Hora Val: 2018-02-06 18:28:20

*[Handwritten signature]*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"



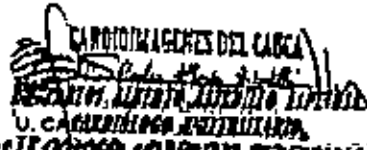
# CARDIOIMAGENES DEL CAUCA LTDA

CARDIOLOGÍA CLÍNICA Y PEDIÁTRICA - ECOCARDIOGRAMA MODO M, 2D DOPPLER COLOR - ECO STRESS FARMACOLÓGICO (DOBUTAMINA) Y CON PRUEBA DE ESFUERZO - ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO - PRUEBA DE ESFUERZO CONVENCIONAL - MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) - MOLTEN EKG 24HR - ECOGRAFÍAS EN GENERAL

## \* ELECTROCARDIOGRAMA \*

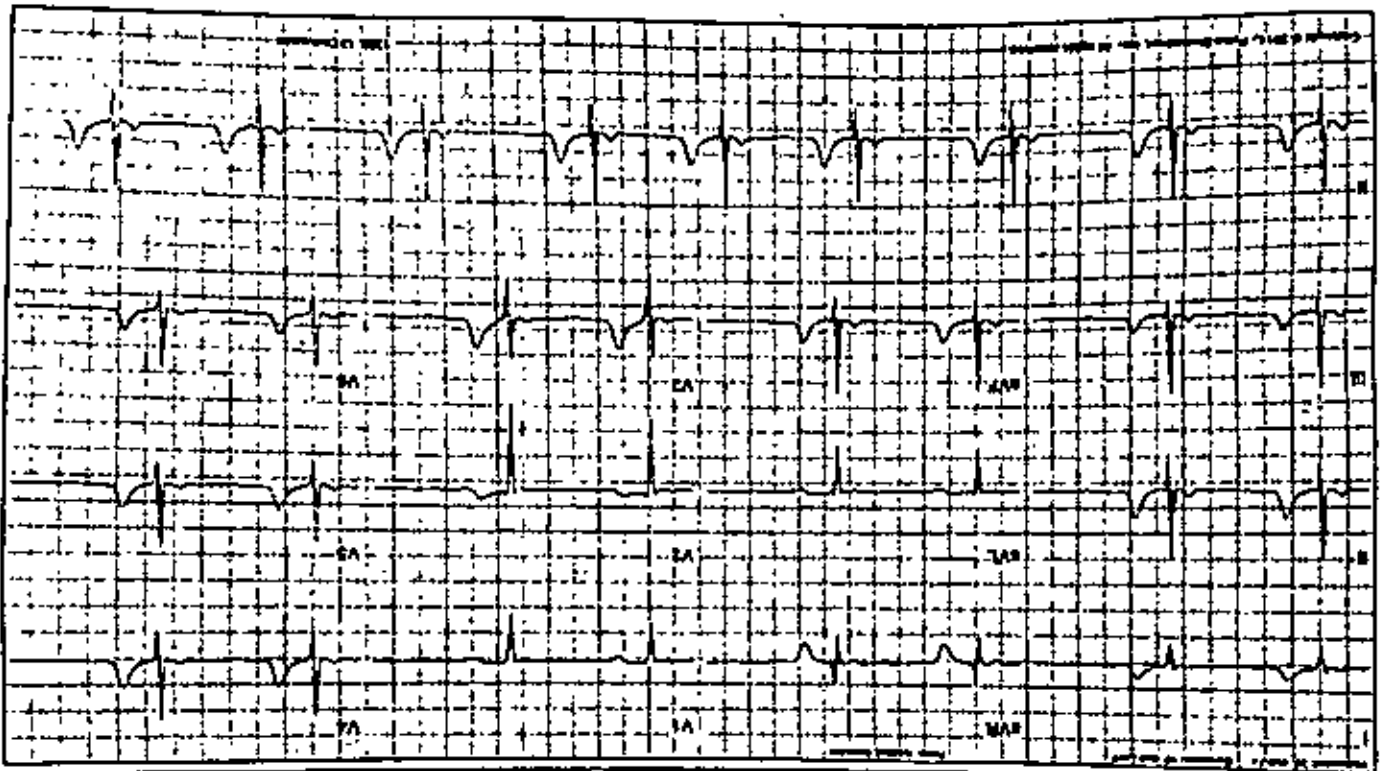
POPAYÁN 06 DE FEBRERO DE 2018

**NOMBRE :** JEAN PABLO ROYERO OBANDO  
**DOCUMENTO :** 1.085.339.102  
**EDAD :** 20 AÑOS  
**ENTIDAD :** INPEC  
**DX :** NO REGISTRADO EN ORDEN  
**CONCLUSION :** RITMO SINUSAL A 52 LAT/MIN ARRITMIA SINUSAL. EJE NORMAL; ELEVACIÓN INESPECÍFICA DEL ST CON IMAGEN DE BLOQUEO INCOMPLETO DE RAMA DERECHA EN DERIVACIÓN PRECORDIAL V2. RESTO DEL TRAZADO SIN PARTICULARIDADES; CORRELACIONAL CLINICAMENTE.



MIEMBRO ACTIVO DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA - L.C.C. - L.L.C.  
UNIVERSIDAD DEL CAUCA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

CARDIOIMAGENES DEL CAUCA - POPAYAN, TEL: 0293097/FAX: 0294203. E-MAIL: [cardioimagenes@proxad.com](mailto:cardioimagenes@proxad.com)  
CALLE 15ª N° 2 - 256 CENTRO MEDICO QUINCEGICO LOS ANDES.



ECG tracing showing multiple leads (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6) on a grid. The tracing shows a regular rhythm with narrow QRS complexes and a visible ST segment depression in leads I, II, III, aVL, and aVF, which is characteristic of a myocardial infarction.

69



RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR - TOMOGRAFÍA MULTICORTE  
MAMOGRAFÍA DIGITAL - RADIOGRAFÍA DIGITAL  
ECOGRAFÍA GENERAL Y 4D

FECHA. SAN JUAN DE PASTO, 19 de diciembre de 2019  
NOMBRE. JUAN PABLO ROSERO OBANDO ID 1085339102  
ESTUDIO. RX DIGITAL DE COLUMNA DORSOLUMBAR  
ENTIDAD. PARTICULAR

INFORME

Alineación del eje vertical con rotoescoliosis lumbar izquierda  
La columna dorsal y lumbar presenta adecuada densidad de las estructuras óseas vertebrales.  
Los espacios intervertebrales se encuentran conservados.  
No se observa lisis ni listesis.  
Lordosis lumbar fisiológica sin afectación.

ROTOESCOLIOSIS LUMBAR IZQUIERDA

Atte.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Henry Cabrera Márquez", written over a faint circular stamp.

DR. HENRY CABRERA MÁRQUEZ  
MD. ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.  
MIembro DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA (ACR)