



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO
Unidad Administrativa Especial de
Fiscalización y Mantenimiento Vial

FORMATO DE APROBACIÓN DOCUMENTAL

CÓDIGO: DESI-FM-008

VERSIÓN: 11

FECHA DE APLICACIÓN: MAYO 2019

INFORMACIÓN DOCUMENTADA:		CÓDIGO:		VERSIÓN:		JUSTIFICACIÓN:		
TIPO	NOMBRE	ANTERIOR	VIGENTE	ANTERIOR	VIGENTE	ELABORA	ACTUALIZA	ANULA
Formato	Orden de exámenes médicos y de laboratorio periódicos, ingreso / retiro.	-	GTHU-FM-035	-	1	X		
Formato	Formato Control Tensión Arterial	-	GTHU-S-FM-023	-	1	X		

DESCRIPCIÓN DE LA JUSTIFICACIÓN:

Se elaboran los siguientes formatos: Orden de exámenes médicos y de laboratorio periódicos, ingreso / retiro - GTHU-FM-035 y el Formato Control Tensión Arterial - GTHU-S-FM-023

AVALA: LÍDER DE PROCESO <i>(Puede ser el Líder Estratégico o Líder Operativo dependiendo del proceso)</i>	ELABORA/ACTUALIZA/ANULA: <i>(Colaborador del proceso en compañía del enlace)</i>	ACOMPANAMIENTO: ASESOR OAP <i>(Colaborador de la Oficina Asesora de Planeación a cargo de procesos)</i>
(Firma)	(Firma)	(Firma)
Nombre: Martha Patricia Aguilar Copete	Nombre: Johan Jair Varela Cano / Martha Ines Rodriguez Galindo	Nombre: Alexander Perea Mena
Cargo: Secretaria General (E)	Cargo: Contratista - GTHU - SST / Contratista - SG	Cargo: Contratista - Oficina Asesora de Planeación

TRÁMITE DE APROBACIÓN DOCUMENTAL (DILIGENCIADO POR LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN)	¿ES APROBADO?		FECHA DE APROBACIÓN:	RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	18-02-2020	(Firma) Martha Patricia Aguilar Copete REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCIÓN
OBSERVACIONES:				



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
MUNICIPALIDAD
Unidad Administrativa Especial de
Bibliotecas y Biblioteca Móvil

ORDEN DE EXÁMENES MÉDICOS Y DE LABORATORIO PERIÓDICOS, INGRESO / RETIRO

CÓDIGO: GTHU-FM-035

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: FEBRERO DE 2020

LUGAR Y FECHA: _____ PROVEEDOR: _____
 FECHA VENCIMIENTO EXAMEN: _____
 IPS: _____
 DIRECCIÓN: _____
 FAVOR ATENDER POR NUESTRA CUENTA A: _____
 CEDULA DE CIUDADANIA: _____ EXPEDIDA EN: _____
 EN SU CALIDAD DE: _____

TIPO DE EXAMEN: INGRESO PERIÓDICO EGRESO OTRO

EXAMEN MEDICO GENERAL, con énfasis osteomuscular y Vascular	<input type="checkbox"/>
Audiometría	<input type="checkbox"/>
VISIOMETRIA	<input type="checkbox"/>
TEST DE FOBIA DE ALTURAS / PRUEBA DE EQUILIBRIO / INDICE DE MASA CORPORAL	<input type="checkbox"/>
Valoración por Psicología	<input type="checkbox"/>
Test siconsométrico	<input type="checkbox"/>
Cuadro hemático / Perfil lipídico / Glicemia	<input type="checkbox"/>
Optometría con test de colores	<input type="checkbox"/>
Optometría con test de colores y campos visuales	<input type="checkbox"/>
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>
Énfasis en sistema nervioso central y periférico, sistema osteomuscular y vasculares específico para exposición a vibración global y segmentaria - mano brazo, según corresponda.	<input type="checkbox"/>
Énfasis en mucosa nasal y oral, rinoscopia.	<input type="checkbox"/>
Énfasis dermatológico	<input type="checkbox"/>
Énfasis en vías respiratorias superiores e inferiores	<input type="checkbox"/>
Acido S-Fenil mercapturico en orina al final de la jornada y la semana	<input type="checkbox"/>
Transaminasas (TGO-TGP), Microalbuminuria	<input type="checkbox"/>
Espirometría VEF 1	<input type="checkbox"/>
Prueba de Tuberculina	<input type="checkbox"/>
Radiografía de torax con lectura de ILO	<input type="checkbox"/>
Énfasis neurológico SNC y periférico	<input type="checkbox"/>
Optometría	<input type="checkbox"/>
TEST DE FOBIA ESPACIOS CONFINADOS	<input type="checkbox"/>
Examen de Optometría con Énfasis en partes transparentes de ojo	<input type="checkbox"/>
Vacuna antitetánica	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES ADICIONALES: La prueba de orina para el examen de Acido S-fenil, debe ser entregada EL MISMO DÍA que usted acuda a los exámenes de laboratorio. Para este examen, usted debe tomar su muestra de orina CUANDO TERMINE LA JORNADA LABORAL, LUEGO REFRIGERARLA Y LLEVARLA AL OTRO DIA Y ENTREGARLA JUNTO LA MUESTRA DE ORINA QUE SE TOMO EL MISMO DÍA.

SI USTED ES CONDUCTOR DE VEHICULO LIVIANO O PESADO (camioneta, vehículo pequeño, bus, cama-baja), debe acercarse el mismo día de la toma de exámenes de laboratorio, a la sección donde le realizará el TEST SICOSENSOMETRICO, en la misma sede.

Luego debe desplazarse al laboratorio _____ que se encuentra ubicada en _____, en donde le tomaran:

Prueba de tuberculina En piel, Sin preparación

 Profesional
 Proceso Gestión de Talento Humano

 Firma del paciente

FIRMA, SELLO Y FECHA DE RECIBIDO POR

PARTE DE LA IPS:

FECHA: _____

FIRMA: _____

NOTA: FAVOR ANEXAR ESTA COPIA A SU FACTURA, DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL PACIENTE

**Los exámenes médicos de egreso deben practicarse dentro de los cinco días siguientes a la fecha de terminación de contrato; si terminado este plazo no se ha realizado la práctica de dichos exámenes se entenderá que usted renuncia a ellos y a futuras reclamaciones. Art. 57 numeral 7 C.S.T. En consecuencia, vencido dicho término la presente orden perderá completamente su vigencia.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SANTO ESTEBAN
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE
REPUBLICA COLOMBIANA

FORMATO CONTROL TENSIÓN ARTERIAL

CÓDIGO: GTHU-S-FM-023

VERSIÓN: 1

FECHA DE APLICACIÓN: FEBRERO DE 2020

Nombre: _____

Documento: _____

FECHA:	HORA:	TENSIÓN ARTERIAL:	COMENTARIOS

Lectura:

EDAD (años)	PRESIÓN SISTÓLICA		PRESIÓN DIASTÓLICA	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
16 a 18	105 - 135	100 - 130	60 - 86	60 - 85
19 a 24	105 - 139	100 - 130	62 - 88	60 - 85
25 a 29	108 - 139	102 - 135	65 - 89	60 - 86
30 a 39	110 - 145	105 - 139	68 - 92	65 - 89
40 a 49	110 - 150	105 - 150	70 - 96	65 - 96
50 a 59	115 - 155	110 - 155	70 - 98	70 - 98
60 y más	115 - 160	115 - 160	70 - 100	70 - 100

Valores Normales:

Valores superiores se consideran Hipertensión

Valores de **URGENCIA:** Si T.A mayor de 160/110mmHg

