



**CLIPSALUD**  
Nos movemos para que su empresa no se detenga

**CLIPSALUD S.A.S**

NIT. 900.304.743-4

BARRIO QUIRINAL . EMAIL: clipsalud.sas@gmail.com  
CALLE 18 N° 5 A 48 QUIRINAL NEIVA - HUILA 8745789 - 8726070

Nombre Paciente: Martha Doris Sanchez Rubio

Identificacion

55156602

Codigo Unico Paciente:

23560

Empresa: MINISTERIO DE TRABAJO

Fecha Nacimiento:

15/11/1968

Direccion: CRA 15 3B-66

|              |          |                  |               |                           |                                         |                     |
|--------------|----------|------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------------------|---------------------|
| Ingreso Nro. | Sexo:    | Edad:            | Estado Civil: | Nivel Educativo:          | Ciudad:                                 | Fecha Ingreso:      |
| 30800        | Femenino | 48 Años          | Soltero       | Profesional Universitario | NEIVA                                   | 30/12/2016 06:38:07 |
| Objetivo:    | Ingreso  | E.P.S. Afiliado: | NUEVA EPS     | Cargo:                    | INSPECTOR DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL |                     |
| Contrato:    |          |                  |               |                           | Estrato:                                | [2] - Bajo          |

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

#### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

#### TRABAJOS ESPECIALES:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulación de Alimentos |  |

#### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria         |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria      |
| <input type="checkbox"/> | Valoración por E.P.S. |

|                          |                                                   |                          |                     |                          |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|

### SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL.

### DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

Presenta alguna alteración de Salud que no Limita el Normal Ejercicio de su Labor.

### RESTRICCIONES:

NINGUNA

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:

GENERALES: Control ocupacional periodico, Higiene Postural, Ejercicio Regular. SEGUN I.M.C.: Dieta . PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Cardiovascular.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Ex/Doc: 2016/12/30/16 01:42:07

TANIA PAOLA INSUASTY / RM: LIC S.O.  
10826/2014

Medico Atendio 30/12/2016 08:01:21

Ex/Doc: 2016/12/30/16 08:01:21

Firma del Paciente o Responsable

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO. DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9