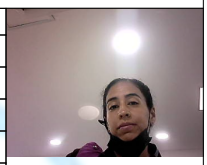
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2
DIRECCIÓN: CR 49 N 49 24 2DO PISO
TELÉFONO: 4481044

Nombre Paciente:	RENGIFO QUINTERO LORENA LORENA	**Lugar Residencia:**	Cali (Urbano)
No. Documento:	CC 1144071852	**Telefono:**	3162596682
Fecha de Nacimiento:	05/05/1994	**Telefono Celular:**	3162596682
Edad:	27 AÑOS	**Correo Electronico:**	autoriizaciones.cali@omnislaud.co
Fecha:	2022-04-25 07:03	**Estado Civil:**	UNION LIBRE
Lugar de Nacimiento:	Cali	**Ocupación:**	OTRO
Direccion Residencia	CRA 24 N 59A-35	**Cliente Aseguradora Cargo Salud:**	JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA
Genero:	Femenino	**Plan:**	PLAN JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA PLAN GENERICO CALI
Grado Institución:	BÁSICA SECUNDARIA		
Grupo Etnico	MESTIZO	**Pension**	PROTECCION S.A.
Tipo Sangre:	O+	**Riesgos Laborales:**	
Cargo:	ADMINISTRATIVO	**Empresa en Mision:**	
Tipo de Admision	DE PREINGRESO OCUPACIONAL -	**Programa:**	
Lugar de realización	Cali	**EPS:**	Sura



ANAMNESIS DE HC

HISTORIA CLINICA INICIAL

Entidad Promotora de Salud: Sura, ; **Aseguradora de Fondo de Pensiones:** PORVENIR, ; **Entidad de riesgos Laborales:** NA,

ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA (Años): 0 ; **(Meses):** 0 ; **MANO DOMINANTE:** DERECHA, ; **ESTRATO :** 2, ; **HIJOS:** 0,

PRESENTA ALGUN PROBLEMA DE SALUD EN EL MOMENTO DE ESTA CONSULTA MEDICA: NO ; **OBSERVACIONES HISTORIA CLINICA:** SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COMPLETOS (GAFAS, TAPABOCAS, BATA MANGA LARGA, GUANTES, GORRO). NO REFIERE SÍNTOMAS EN EL MOMENTO.

ANTECEDENTES PERSONALES

OBSERVACIONES ANTECEDENTES PERSONALES: APP LUXACION DE CODO IZUQUIERDO 2019 SE MANEJO CON INMOBILIZADOR

ANTECEDENTES FAMILIARES

HTA: PADRE: SI,

CANCER: PADRE: SI,

OBSERVACIONES ANTECEDENTES FAMILIARES: PAPA HTA PAPA CA DE PROSTATA

COMPLEMENTACION GINECO-OBSTETRICOS

GRAVIDEZ: 0, ; **PARA:** 0, ; **ABORTO:** 0, ; **FUM:** 2022-04-08 ; **VIVOS:** 0

CICLO MESTRUAL: REGULARES, ; **MENARCA:** 12 ; **METODO DE PLANIFICACION:** Inyectable: SI,

VACUNACION

VACUNACION: SI, ; **Tetano:** NO ; **Hepatitis:** NO

Influenza: NO ; **Fiebre Amarilla:** NO

VACUNACION COVID-19: SI PRESENTA SOPORTE, ; **COVID 19 DOSIS:** DOSIS COMPLETA , ; **VACUNA:** PFIZER, ; **VACUNA REFUERZO:** NINGUNA,

RIESGO A LOS CARGOS LABORALES ANTERIORES

Empresa 1: HOGAR GERIATRICO ; **Cargo 1:** TERAPEUTA OCUPACIONAL ; **Tiempo de exposición 1:** 3 MESES

Factores de riesgo (Subjetivos)

Biologicos: Virus: SI, ; **Fisicos:** Ruido: SI, ; **Quimicos:** Ninguno: SI, ; **Biomecanicos:** Esfuerzo Fisico: SI, Posturas Forzadas: SI, Mov. Repetitivos: SI, ; **Psicosociales:** Contenido de la Tarea: SI, Relaciones Humanas: SI, ; **Condiciones de Seguridad:** Mecanico: SI, Locativo: SI, Publicos: SI, ; **Fenomenos Naturales:** Ninguno: SI,

ACCIDENTE DE TRABAJO

ACCIDENTE DE TRABAJO: NO,

Primera Empresa

Entidad de riesgos Laborales: NA,

Segunda Empresa

Entidad de riesgos Laborales: NA,

ENFERMEDAD LABORAL

ENFERMEDAD LABORAL: NO,

Primera Empresa

RIESGOS AL CARGO LABORAL QUE VA DESEMPEÑAR

Informacion Ocupacional Actual

Descripcion del cargo: ADMINOSTRATIVO SST ; **Equipos o Herramientas Utilizadas:** ASIGNADOS ; **Area de Trabajo:** Operativo,

: Usa Elementos de Protección Personal,

Factores de Riesgo (subjetivo)

Biologicos: Virus: SI, ; **Fisicos:** Ruido: SI, ; **Quimicos:** Ninguno: SI, ; **Biomecanicos:** Esfuerzo Fisico: SI, Posturas Forzadas: SI, Mov. Repetitivos: SI, ; **Psicosociales:** Contenido de la Tarea: SI, Relaciones Humanas: SI, ; **Condiciones de Seguridad:** Mecanico: SI, Locativo: SI, Ninguno: SI, ; **Fenomenos Naturales:** Terremoto: SI, Inundación: SI, Precipitaciones: SI,

ELEMENTOS DE PROTECCION QUE UTILIZARA

Seleccione: Mascarilla: SI,

HABITOS DE VIDA PERSONAL

Tipo de Fumador: No Fumandor: SI,

Tiempo de Bebedor: No Bebe: SI,

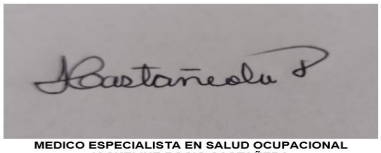
Deporte: SI KROBIT; **Frecuencia:** Semanal: SI,

Consumo de Psicotropicos: NO

CAUSA DE AUSENTISMO LABORAL

Causa de ausentismo laboral: NO,

¿usted ha sido víctima de crímenes de lesa humanidad?: NO, ; **¿usted ha sufrido o ha tenido problemas de violencia sexual? :** NO,



MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
JACKELINE ROCIO CASTAÑEDA
CC. 52548256 RM. 52548256
LIC. S.O. 2416

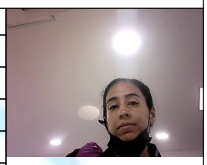
CASTAÑEDA PROAÑO JACKELINE ROCIO
CC 52548256
RM.52548256



FIRMA DEL TRABAJADOR

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2
DIRECCIÓN: CR 49 N 49 24 2DO PISO
TELÉFONO: 4481044

Nombre Paciente:	RENGIFO QUINTERO LORENA LORENA	**Lugar Residencia:**	Cali (Urbano)
No. Documento:	CC 1144071852	**Telefono:**	3162596682
Fecha de Nacimiento:	05/05/1994	**Telefono Celular:**	3162596682
Edad:	27 AÑOS	**Correo Electronico:**	autoriizaciones.cali@omnislaud.co
Fecha:	2022-04-25 07:03	**Estado Civil:**	UNION LIBRE
Lugar de Nacimiento:	Cali	**Ocupación:**	OTRO
Direccion Residencia	CRA 24 N 59A-35	**Cliente Aseguradora Cargo Salud:**	JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA
Genero:	Femenino	**Plan:**	PLAN JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA PLAN GENERICO CALI
Grado Institución:	BÁSICA SECUNDARIA		
Grupo Etnico	MESTIZO	**Pension**	PROTECCION S.A.
Tipo Sangre:	O+	**Riesgos Laborales:**	
Cargo:	ADMINISTRATIVO	**Empresa en Mision:**	
Tipo de Admision	DE PREINGRESO OCUPACIONAL -	**Programa:**	
Lugar de realización	Cali	**EPS:**	Sura



EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

FC: 70 ; **FR:** 18 ; **TA:** 110/70 ; **PESO:** 53 ; **TALLA:** 1.59 ; **IMC:** 20.96 ; **PERI. ABDOMINA:** 73,

TAMIZAJE VISUAL

VISION LEJANA OD: 20/20, ; **VISION LEJANA OI:** 20/20, ; **VISION LEJANA AO:** 20/20,

VISION CERCANA OD: 20/20, ; **VISION CERCANA OI:** 20/20, ; **VISION CERCANA AO:** 20/20,

ESTADO ACTUAL

ESTADO ACTUAL: PACIENTE CONSCIENTE ALERTA A FEBRIL HIDRATADO EN BUEN ESTADO GENERAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS.

PIEL Y ANEXOS

CICATRICES: SI, ; **TATUAJES:** NO, ; **CICATRIZ QUELOIDE:** NO, ; **LIQUENIFICACION:** NO, ; **ESCLEROSIS:** NO,

QUERATODERMIA: NO, ; **LUNARES:** NO, ; **CLOASMA:** NO, ; **MANCHAS:** NO, ; **FIBROMAS:** NO,

ALERGIAS: NO, ; **ECCEMAS:** NO, ; **ACNE:** NO, ; **ALTERACION EN LAS UÑAS:** NO, ; **RESEQUEDAD EN MANOS:** NO,

PIERCING: NO, ; **PALIDEZ:** NO, ; **HIPERPIGMENTACION:** NO, ; **TELEANGIECTASIA:** NO, ; **NODULOS:** NO,

RONCHAS: NO, ; **VERRUGAS:** NO, ; **ECCEMAS:** NO, ; **ACNE:** NO, ; **RESEQUEDAD EN LA PIEL:** NO,

LESIONES EN MANOS: NO, ; **OTRAS LESIONES:** NO,

OBSERVACIONES: CICATRIZ PIERNA Y PIE DERECHA

CABEZA

Boca

Alteración labios: NO, ; **Alteración lengua:** NO, ; **Alteración amígdalas:** NO, ; **Alteración faringe:** NO, ; **Alteración en la fonacion:** NO,

Nariz

Alteraciones en el tabique: NO, ; **Alteraciones en cornetes:** NO, ; **Alteraciones de las mucosa:** NO,

Oídos

Alteraciones del pabellón: NO, ; **Alteraciones del cond auditivo:** NO, ; **Alteraciones del tímpano:** NO,

Ojos

Alteraciones parpado: NO, ; **Alteraciones de la conjuntiva y esclera:** NO, ; **Alteraciones pupila:** NO, ; **Alteraciones Fondo de ojo:** NO,

CUELLO

Adenopatías: NO, ; **Deformidades:** NO, ; **Alteración en los movimientos:** NO, ; **Signo de Spurling positivo:** NO, ; **Compresión axial positivo:** NO, ; **Soplos:** NO, ; **masas:** NO,

CARDIORESPIRATORIO

Alteraciones anatómicas del torax: NO, ; **Alteraciones en los ritmos cardiacos:** NO, ; **Alteración en la auscultación pulmonar:** NO,

ABDOMINOPELVICA

Dolor: NO, ; **Masas:** NO, ; **Hernia umbilical:** NO, ; **Hernia epigástrica:** NO, ; **Hernia inguinal:** NO,

varicocele: NO, ; **hidrocele:** NO, ; **Hernia inguinoescrotal:** NO, ; **Alteración testicular:** NO,

M. SUPERIOR

HOMBRO

Alteracion en la Flexión (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Flexión (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Extensión (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Extensión (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Abducción (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Abducción (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Aducción (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Aducción (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Rotacion int (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Rotacion int (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Rotacion ext (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Rotacion ext (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Fuerza Muscular (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Fuerza Muscular (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la ROT (Derecho): NO, ; **Alteracion en la ROT (Izquierdo):** NO,

Test de neer Positivo (Derecho): NO, ; **Test de neer Positivo (Izquierdo):** NO,

Test de gerber Positivo (Derecho): NO, ; **Test de gerber Positivo (Izquierdo):** NO,

Atrofia muscular (Derecho): NO, ; **Atrofia muscular (Izquierdo):** NO,

CODO

Alteracion en la Flexión (Derecho) : NO, ; **Alteracion en la Flexión (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Extensión (Derecho) : NO, ; **Alteracion en la Extensión (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Pronación (Derecho) : NO, ; **Alteracion en la Pronación (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la supinación (Derecho) : NO, ; **Alteracion en la supinación (Izquierdo):** NO,

Dolor a la palpacion (Derecho): NO, ; **Dolor a la palpacion (Izquierdo:** NO,

Prueba Thompson Positivo (Derecho): NO, ; **Prueba Thompson Positivo (Izquierdo):** NO,

Deformidad (Derecho): NO, ; **Deformidad (Izquierdo):** NO,

Atrofia muscular (Derecho): NO, ; **Atrofia muscular (Izquierdo):** NO,

MANO,MUÑECA Y DEDOS

Alteracion en la Flexión (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Flexión (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Extensión (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Extensión (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Desviación radial (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Desviación radial (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Desviación cubital (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Desviación cubital (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Fuerza muscular (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Fuerza muscular (Izquierdo):** NO,

Signo de tinnel Positivo (Derecho): NO, ; **Signo de tinnel Positivo (Izquierdo):** NO,

Signo de phanel Positivo (Derecho): NO, ; **Signo de phanel Positivo (Izquierdo):** NO,

Signos de quervains Positivo (Derecho): NO, ; **Signos de quervains Positivo (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Flexion de dedos (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Flexion de dedos (Izquierdo):** NO,

Alteracion en la Extensión de dedos (Derecho): NO, ; **Alteracion en la Extensión de dedos (Izquierdo):** NO,

Amputaciones en dedos (Derecho): NO, ; **Amputaciones en dedos (Izquierdo):** NO,

M. INFERIOR

CADERA

Prueba de psoas: NO, ; **Alteración en la rotación interna:** NO, ; **Alteración en la rotación externa:** NO, ; **Hiperflexion limitada:** NO,

Roce femoroacetabular: NO, ; **Alteración en adducción:** NO, ; **Alteración en la rotación:** NO, ; **Otros:** NO,

RODILLA

Genu valgo: NO, ; **Genu varo:** NO, ; **Prueba de apley Positivo:** NO,

Prueba de Lachman Positivo: NO, ; **Prueba de Pivot shift Positivo:** NO, ; **Prueba de crepitación Positivo:** NO, ; **Cajón Anterior Positivo:** NO, ; **Cajón Posterior Positivo:** NO,

Bostezo medial Positivo: NO, ; **Bostezo lateral Positivo:** NO, ; **Mc Murray Positivo:** NO, ; **Deformidad:** NO, ; **Atrofia muscular:** NO, ; **Otros:** NO,

TOBILLO

Alteración Flexion: NO, ; **Alteración Dorsiflexion:** NO, ; **Alteración Supinación:** NO, ; **Alteración inversion:** NO,

Alteración eversion: NO, ; **Alteración aducción:** NO, ; **Prueba de soleos (+):** NO, ; **Prueba de gemelos (+):** NO,

Bostezo medial Positivo: NO, ; **Bostezo lateral Positivo:** NO, ; **Edema:** NO, ; **Deformidad:** NO, ; **Otros:** NO,

PIES

Alteración en los movimientos: NO, ; **Pie plano:** NO, ; **Amputación:** NO,

Alteración en la marcha: NO, ; **Alteración en marcha en puntas:** NO, ; **Alteración en marcha en talones:** NO, ; **Otros:** NO,

COLUMNA VERTEBRAL

Test de Shober¿s positivo: NO, ; **Alteración en la rotación:** NO, ; **Alteración en la flexión:** NO, ; **Cifosis:** NO,

Lordosis: NO, ; **Aplanada:** NO, ; **Cifolordotica:** NO, ; **Escoliosis dorsal:** NO,

Escoliosis lumbar: NO, ; **Signo de comprensión radicular:** NO, ; **Lasegue positivo:** NO, ; **Flexibilidad de Wells :** NO, ; **Otros:** NO,

VASCULAR

Alteración en los pulsos: NO, ; **Cianosis distal:** NO, ; **Venas varices.:** NO, ; **Teleangiectasias:** NO,

Edema: NO, ; **Ulceras:** NO, ; **Maniobras de homans positiva:** NO, ; **Otros:** NO,

NEUROLOGICO

Alteración en el lenguaje: NO, ; **Alteracion aspecto y conducta:** NO, ; **alteracion del estado del animo:** NO, ; **Alteracion en las actividades congnitivas:** NO, ; **Alteracion en la vision cromatica:** NO,

presencia de dolor: NO, ; **Alteraciones en las 3 esferas:** NO, ; **Alteración en los pares craneales:** NO, ; **Alteración en la fuerza muscular:** NO, ; **Alteración del tono muscular:** NO,

Alteración en los ROT: NO, ; **Alteración en la sensibilidad propioceptiva:** NO, ; **Alteración en la sensibilidad esteroceptiva:** NO, ; **Signo de romber Positivo:** NO, ; **Prueba índice-nariz y talón-rodilla:** NO,

Disdiadocosineacia: NO, ; **adiadococinesia:** NO, ; **Nistagmus:** NO, ; **Marcha atáxica:** NO, ; **signo de Radiculopatia:** NO, ; **Clonus positivo:** NO,

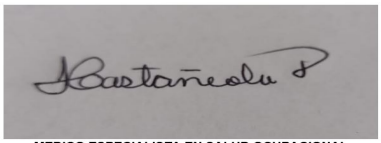
Alteracion en apoyo unipodal: NO, ; **Tanderm positivo:** NO, ; **Unterberger positivo:** NO, ; **Otros:** NO,

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO E.F.: EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL (Z100) 2022-04-25 TIPO DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICA CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL

ANALISIS Y OBSERVACIONES DE LA EVALUACION MEDICA

ANALISIS Y OBSERVACIONES DE LA EVALUACION MEDICA: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO:NORMAL POR SISTEMAS SIN EVIDENCIA DE ALTERACIÓN OSTEOMUSCULAR. DURANTE LA ATENCIÓN SE APLICARON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD COMO: DISTANCIAMIENTO SOCIAL CON SEÑALIZACIÓN, DESINFECCIÓN DE CALZADO Y MANOS AL INGRESO, TOMA DE TEMPERATURA CON TERMÓMETRO INFRARROJO, SE REALIZÓ CUESTIONARIO DE NEXO EPISTEMOLÓGICO Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON COVID-19. CUMPLIMOS CON EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR PARTE DE LOS TRABAJADORES (GORRO, GAFAS, MASCARILLA, BATA MANGA LARGA ANTI-FLUIDO Y OTROS), ÁREA DE LAVADO DE MANOS (CONSULTORIOS Y BAÑOS) Y DISPOSICIÓN ADECUADA DE RESIDUOS.



MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
JACKELINE ROCIO CASTAÑEDA
CC. 52548256 RM. 52548256
LIC. S.O. 2416

CASTAÑEDA PROAÑO JACKELINE ROCIO

CC 52548256

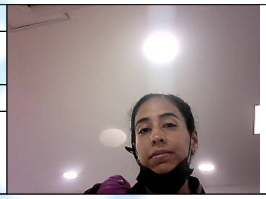
RM.52548256



FIRMA DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
890101815	CALLE 15 31-146 ACOPI	6513333	Yumbo	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
RENGIFO QUINTERO LORENA LORENA	CC 1144071852	27 AÑOS	FEMENINO

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
Cali	Cali	UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3162596682	CRA 24 N 59A-35	3162596682
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
autoriizaciones.cali@omnislaud.co	BÁSICA SECUNDARIA	O+

IMC	Hijos	EPS
20.96	0	SURA

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI PRESENTA SOPORTE	DOSIS COMPLETA	PFIZER	NINGUNA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
ADMINISTRATIVO	2022-04-25	07:03	07:51

Lugar de realización examen	Cali

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado
DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Concepto	MOTIVO
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- MEDICAS PERSONALES
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)
Ninguna/
CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)
Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/
Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./
Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /
CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./
OTRAS RECOMENDACIONES
Uso Estricto De Elementos De Protección Personal -Actividad Física Diaria De Tipo Cardiovascular. -Mantener Buena Higiene Postural -Realizar Cambios De Postura A Necesidad /
X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL
Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./
Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempenar Sus Funciones Laborales/
XX- OBSERVACIONES DEL AREA DE VACUNACION
Durante Su Evaluación Médica Ocupacional Se Realizo Revision De Los Antecedentes De Vacunacion, En El Momento Cuenta Con Esquema De Vacunación Completo Para Prevención De Infección Por Sars Cov-2; Debe Seguir Tomando Las Medidas Preventivas; Cumpliendo Con Las Medidas Generales De Bioseguridad./

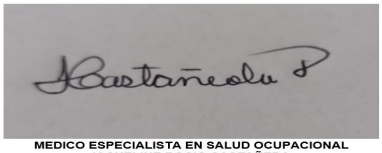
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	**- TIPO :** 1	**- GRUPO :** E
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	NINGUNO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.



MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
JACKELINE ROCIO CASTAÑEDA
CC. 52548256 RM. 52548256
LIC. S.O. 2416

CASTAÑEDA PROAÑO JACKELINE ROCIO

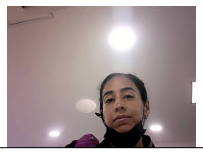
52548256

R.M.: RM.52548256



FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.



RECOMENDACIONES MÉDICAS

Nombre de la Empresa	JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA	**Empresa en Misión**	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	**Documento de Identidad**	**Edad**	**Género**
RENGIFO QUINTERO LORENA LORENA	CC 1144071852	27 AÑOS	FEMENINO

Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**	**Estado Civil**
Cali	Cali	UNION LIBRE

Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3162596682	CRA 24 N 59A-35	3162596682

Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
autoriizaciones.cali@omnislaud.co	BÁSICA SECUNDARIA	O+

Indice de masa corporal IMC	**Hijos**	**EPS**
20.96	0	Sura

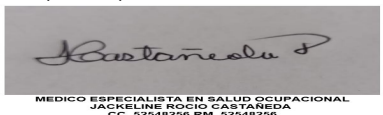
Cumpliendo con la normatividad vigente del artículo 10 de la resolución 2346 del 2007 y la resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud. En atención al Examen Médico Ocupacional que le fue realizado por OMNISALUD IPS.
Como proveedor de evaluaciones ocupacionales (OMNISALUD IPS) en el marco del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en el presente documento le hacemos entrega de las Recomendaciones médicas emitidas por el Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, las cuales, agradecemos acoger y gestionar en su Entidad de Salud, según corresponda.

RECOMENDACIONES MEDICAS (para el manejo en su EPS de enfermedades generales, crónica o comunes)

Se recuerda hacer ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado físico y previene patologías cardiovasculares, por lo que le recomendamos la práctica de trote, caminata enérgica, natación, ciclismo u otra actividad deportiva, acorde con su estado físico y condición de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

Se indica hábitos saludables de vida (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividades deportivas y controles preventivos con su médico.

RECUERDE PRESENTAR LA CONSTANCIA DE LOS TRÁMITES REALIZADOS EN SU ENTIDAD DE SALUD, PARA EFECTOS DEL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) DE LA EMPRESA.



DATOS DEL MÉDICO QUE REALIZÓ LA EVALUACIÓN:

CASTAÑEDA PROAÑO JACKELINE ROCIO
52548256
R.M.: RM.52548256

RECIBIDO POR EL TRABAJADOR:

FIRMA DEL TRABAJADOR

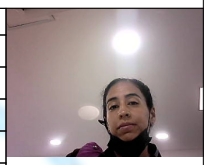
RESPONSABLE DEL SG-SST DE LA EMPRESA:

JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA

Fecha y hora de impresión: 2022-04-25 16:23:48

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2
DIRECCIÓN: CR 49 N 49 24 2DO PISO
TELÉFONO: 4481044

Nombre Paciente:	RENGIFO QUINTERO LORENA LORENA	**Lugar Residencia:**	Cali (Urbano)
No. Documento:	CC 1144071852	**Telefono:**	3162596682
Fecha de Nacimiento:	05/05/1994	**Telefono Celular:**	3162596682
Edad:	27 AÑOS	**Correo Electronico:**	autoriizaciones.cali@omnislaud.co
Fecha:	2022-03-31 07:26	**Estado Civil:**	UNION LIBRE
Lugar de Nacimiento:	Cali	**Ocupación:**	OTRO
Direccion Residencia	CRA 24 N 59A-35	**Cliente Aseguradora Cargo Salud:**	JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA
Genero:	Femenino	**Plan:**	PLAN JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA JOHNSON & JOHNSONS DE COLOMBIA SA PLAN GENERICO CALI
Grado Institución:	BÁSICA SECUNDARIA		
Grupo Etnico	MESTIZO	**Pension**	PROTECCION S.A.
Tipo Sangre:	O+	**Riesgos Laborales:**	
Cargo:	ADMINISTRATIVO	**Empresa en Mision:**	
Tipo de Admision	DE PREINGRESO OCUPACIONAL -	**Programa:**	
Lugar de realización	Cali	**EPS:**	



OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

1. ANAMNESIS

USA CORRECCION OPTICA: NO ; **TIPO USO:** NINGUNO, ; **ÚLTIMO CONTROL VISUAL:** NO RECUERDA

CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA: NO ; **ACCIDENTES OCULARES:** NO ; **ENFERMEDADES OCULARES:** NO ; **EN TRATAMIENTO:** NO

PRUEBA CON CORRECCIÓN ÓPTICA: NO

2. LENSOMETRÍA

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

3. AGUDEZA VISUAL

OJO DERECHO

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,

OJO IZQUIERDO

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,

AMBOS OJOS

4. EXAMEN EXTERNO

EXAMEN EXTERNO: NORMAL,

5. EXAMEN MOTOR

COVER TEST

DUCCIONES

TEST DE HIRSCHBERG

6. ESTADO REFRACTIVO

DERECHO

IZQUIERDO

(SUBJETIVO) DERECHO

ESFERA: NEUTRO ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA:** 0.50 M

(SUBJETIVO) IZQUIERDO

ESFERA: NEUTRO ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA 2:** 0.50 M

7. OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: FON APARENTE

OJO IZQUIERDO: FON APARENTE

8. ESTEREOPSIS

SEGUNDOS DE ARCO: 40,

9. VISIÓN CROMÁTICA

TEST ISHIHARA: NORMAL, ; **LAMINAS EVALUADAS:** 9, ; **CORRECTAS:** 9, ; **INCORRECTAS:** 0, ; **>>ITEM PARA TRABAJO EN ALTURAS IDENTIFICA COLORES PRIMARIOS:** SI,

DIAGNÓSTICO

OPTOMETRIA_DIAGNOSTICO: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION (Z010) 2022-03-31 TIPO DIAGNOSTICO: CONFIRMADO CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL

CONDUCTA A SEGUIR

REMISION

RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES: Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria

ESTUPIÑAN SIBAJA SERGIO DANIEL
CC 14801783
14801783

FIRMA DEL TRABAJADOR