CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1001390682-1178039

Fecha Cierre: 24/09/2022 10:26:06 a.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24 sept. 2022 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:		**Identificación:**	1001390682
Género	FEMENINO **Edad:** 21	**Teléfono**	**Móvil:** 3022970892
Fecha Nacimiento:	20/11/2000	**Cargo:**	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	EPS SURA
Dirección	VEREDA ANCONDOT	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	PARTICULAR -	**Peso: 55 Talla: 161 IMC: 21**	
		Área: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO PARA PREVENIR LESIONES OSTEOMUSCULARES Y MEJORAR EL DESEMPEÑO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO
EVALUACION OSTEOMUSCULAR NORMAL	
ESQUEMA VACUNACION COVID-19 ESQUEMA COMPLETO	
TABLA DE SNELL NORMAL	
VERIFICACION DE SINTOMAS Y PREEXISTENCIAS DE RIESGO PARA COVID-19 NORMAL	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NO

David Bornacelli O.

DAVID JOSE BORNACELLI OROZCO
Médico Especialista en Salud Laboral 2021060097038 REG-05-2793-15

1001390682
Firma y cédula del Paciente

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 867 del 2021
CODIGO DE HABILITACIÓN SECRETARIA DE SALUD DPTAL: 41 001 01 37 201

CERTIFICADO MEDICO LABORAL B164499

Sede de atención: NEIVA :: Ciudad de atención: NEIVA :: Fecha de atención: 2022-09-23 07:23 :: Fecha de impresión: 2022-09-24 (79701681)

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	RAIMUR AGUIRRE ZAPATA	TELEFONOS:	3013301702
DIRECCIÓN:	CL 4 C 23 48 BRR LA GATIANA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	79701681	Ciudad:	NEIVA - HUILA
EMPRESA MISIÓN:	RAMIUR AGUIRRE ZAPATA		

Datos del Usuario:

NOMBRE:		IDENTIFICACION:	CC 1.075.211.782
DIRECCIÓN:	CARRERA 26 # 53B - 34	EDAD:	37 AÑOS
CARGO:	OFICIAL DE OBRA	GÉNERO:	MASCULINO
DOMINANCIA:	AMBIDIESTRO	TELEFONOS:	3115130034
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	UNIÓN LIBRE

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL
- ÉNFASIS OSTECMUSCULAR

TOMA DE MUESTRA DE LAB. CLINICO
- PERFIL LIPIDICO COMPLETO

Recomendaciones Preventivas para el trabajador

- HIGIENE POSTURAL EN EL PUESTO DE TRABAJO
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS.
- DIETA BAJA EN GRASAS.
- MANTENER PESO SALUDABLE.

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Conducta Médico para Énfasis Osteomuscular — EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
SI	3 DOSIS	SINOVAC - ASTRAZENECA

Observaciones Laborales

SE RECOMIENDA VALORACION POR OFTALMOLGIA, MEDICINA GENERAL EPS

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL a realizar en mi examen médico y/o paradínico(s) ocupadonal(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito de examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito,los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitida en este documento, las cuales estarán sujetas al seguimiento y control periódico.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S al respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento en nuestro portal virtual para empresas www.ipscdo.com.co o comuníquese con nuestra línea telefónica (8) 871 02 05.

Edith Yohana Correa

EDITH YOHANA CORREA VARGAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
TARJETA PROFESIONAL No. 55208192 // LICENCIA SST 1375 DE 2021

PACIENTE

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 867 del 2021
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARIA DE SALUD DPTAL: 41 001 01 37 201

CERTIFICADO MEDICO LABORAL B164505

Sede de atención: NEIVA :: Ciudad de atención: NEIVA :: Fecha de atención: 2022-09-23 07:27 :: Fecha de impresión: 2022-09-24 (79701681)

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	RAIMUR AGUIRRE ZAPATA	TELEFONOS:	3013301702
DIRECCIÓN:	CL 4 C 23 48 BRR LA GATIANA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	79701681	Ciudad:	NEIVA - HUILA
EMPRESA MISIÓN:	RAIMUR AGUIRRE ZAPATA		

Datos del Usuario:

NOMBRE:	CRA 28 # 18 27 NEIVA	IDENTIFICACION:	CC 1.075.261.854
DIRECCIÓN:	AYUDANTE DE OBRA	EDAD:	30 AÑOS
CARGO:	DIESTRO	GÉNERO:	MASCULINO
DOMINANCIA:	PRE - INGRESO	TELEFONOS:	3173460330
TIPO DE EXAMEN:		ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL
- ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

TOMA DE MUESTRA DE LAB. CLINICO
- PERFIL LIPIDICO COMPLETO

Recomendaciones Preventivas para el trabajador

- HIGIENE POSTURAL EN EL PUESTO DE TRABAJO
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS.
- DIETA BAJA EN GRASAS.
- MANTENER PESO SALUDABLE.

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Conducta Médico para Énfasis Osteomuscular — EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
SI	2 DOSIS	JANSSEN

Observaciones Laborales

NINGUNA

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de indicar el propósito,los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Articulo 2.2.4.6.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitida en este documento, las cuales estarán sujetas al seguimiento y control periódico.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S al respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento en nuestro portal virtual para empresas www.ipscdo.com.co o comuníquese con nuestra línea telefónica (8) 872 02 05.

Edith Yohana Correa

EDITH YOHANA CORREA VARGAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
TARJETA PROFESIONAL No. 55208192 // LICENCIA SST 1375 DE 2021

C.C. 1.075.261.854
PACIENTE

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 867 del 2021
CODIGO DE HABILITACION SECRETARIA DE SALUD DPTAL 41 001 01 37 201

CERTIFICADO MEDICO LABORAL B164509

Sede de atención: NEIVA :: Ciudad de atención: NEIVA :: Fecha de atención: 2022-09-23 07:34 :: Fecha de impresión: 2022-09-24 (79701681)

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	RAIMUR AGUIRRE ZAPATA	TELEFONOS:	3013301702
DIRECCIÓN:	CL 4 C 23 48 BRR LA GATIANA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	79701681	Ciudad:	NEIVA - HUILA
EMPRESA MISIÓN:	RAIMUR AGUIRRE ZAPATA		

Datos del Usuario:

NOMBRE:	7 DE AGOSTO	IDENTIFICACION:	CC 1.092.916.606
DIRECCIÓN:	AYUDANTE DE OBRA	EDAD:	24 AÑOS
CARGO:	DIESTRO	GÉNERO:	MASCULINO
DOMINANCIA:	PRE - INGRESO	TELEFONOS:	3178452918
TIPO DE EXAMEN:		ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL
- ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

TOMA DE MUESTRA DE LAB. CLINICO
- PERFIL LIPIDICO COMPLETO

Recomendaciones Preventivas para el trabajador

HIGIENE POSTURAL EN EL PUESTO DE TRABAJO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS.
DIETA BAJA EN GRASAS.
MANTENER PESO SALUDABLE.

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Conducta Médico para Énfasis Osteomuscular — EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
SI	2 DOSIS	PFIZER - MODERNA

Observaciones Laborales

NINGUNA

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi examen medico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito,los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es) a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las preguntas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitida en este documento, las cuales estarán sujetas al seguimiento y control periódico.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S el respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento en nuestro portal virtual para empresas www.ipscdo.com.co o comuníquese con nuestra línea telefónica (8) 872 02 05.

Edith Yohana Correa

EDITH YOHANA CORREA VARGAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
TARJETA PROFESIONAL No. 55208192 // LICENCIA SST 1375 DE 2021

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 867 del 202
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARIA DE SALUD DPTAL: 41 001 01 37 201

CERTIFICADO MEDICO LABORAL B164510

Sede de atención: NEIVA :: Ciudad de atención: NEIVA :: Fecha de atención: 2022-09-23 07:35 :: Fecha de impresión: 2022-09-24 (79701681)

Datos de la Empresa:

RAZÓN SOCIAL:	RAIMUR AGUIRRE ZAPATA	TELEFONOS:	3013301702
DIRECCIÓN:	CL 4 C 23 48 BRR LA GATIANA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	79701681	Ciudad:	NEIVA - HUILA
EMPRESA MISIÓN:	RAIMUR AGUIRRE ZAPATA		

Datos del Usuario:

NOMBRE:	CARRERA 32 SUR # 19-19	IDENTIFICACION:	CC 1.105.688.337
DIRECCIÓN:	OFICIAL DE SEGURIDAD	EDAD:	29 AÑOS
CARGO:	ZURDO	GÉNERO:	MASCULINO
DOMINANCIA:	PRE - INGRESO	TELEFONOS:	3214688328
TIPO DE EXAMEN:		ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL
- ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

TOMA DE MUESTRA DE LAB. CLINICO
- PERFIL LIPIDICO COMPLETO

Recomendaciones Preventivas para el trabajador

- HIGIENE POSTURAL EN EL PUESTO DE TRABAJO
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS.
- DIETA BAJA EN GRASAS.
- MANTENER PESO SALUDABLE.

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Conducta Médico para Énfasis Osteomuscular — EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
SI	2 DOSIS	JANSSEN

Observaciones Laborales

SE RECOMIENDA VALORACION POR MEDICINA GENERAL EPS

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito,los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de este(s) prueba(s) es voluntario y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitida en este documento, las cuales estarán sujetas al seguimiento y control periodico.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S al respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento en nuestro portal virtual para empresas www.ipscdo.com.co o comuníquese con nuestra línea telefónica (8) 872 02 05.

Edith Yohana Correa

EDITH YOHANA CORREA VARGAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
TARJETA PROFESIONAL No. 55208192 // LICENCIA SST 1375 DE 2021

C.C. 1.105.688.337
PACIENTE