PORSALUD S.A.S

Calle 145A # 94A 17 - PBX: 601-762603 - 601 - 7462753 - 3157096150 Bogotá
Kr 36 # 34 71 - Tel: 608 - 6458053 - 3165324324 Villavicenci - Meta
Página Web: www.porsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 74829

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	04 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEMUSCULAR DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

QUINTERO RODRIGUEZ ANA SOFIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	19 AÑOS 5 MESES 9 DÍAS	CC	1019005812
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
DIGITADORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NINGUNA	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMÉN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
		HÁBITOS SALUDABLES

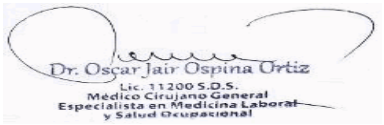
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA: LA CABEZA Y EL TÓRAX DEBEN ESTAR DERECHOS Y ALINEADOS/EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO /REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CADA 4 HORAS CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS/REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO ALTERNAR POSTURA BÍPEDA A SEDANTE (DE PIE A SENTADA)/SE SUGIERE USAR TECLADO Y MOUSE ERGONÓMICOS / REALIZAR EJERCICIOS VISUALES PERIODICOS/USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL/ EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACIONES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y NO REFIERE SINTOMATOLOGIA OSTEOMUSCULAR

Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento el doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas

Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Declaro que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal medico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leido y acepto los terminos de los consentimientos informados incluyendo (Venopuncion,HIV,PsicoActivas)....“De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar”...

Médico		Aspirante o Trabajador	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR	**Nombre:**	QUINTERO RODRIGUEZ ANA SOFIA
R. M.:	011825 MS 17223 SD **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021	**CC:**	1019005812

PORSALUD S.A.S

Calle 145A # 94A 17 - PBX: 601-762603 - 601 - 7462753 - 3157096150 Bogotá
Kr 36 # 34 71 - Tel: 608 - 6458053 - 3165324324 Villavicenci - Meta
Página Web: www.porsaludips.com

RECOMENDACIONES

Paciente: QUINTERO RODRIGUEZ ANA SOFIA

Fecha: 04/04/2023

Identificación: CC: 1019005812

Fecha Nacimiento: 25/10/2003

Cargo: DIGITADORA

Edad:

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: KRA 101 B NO 139 24

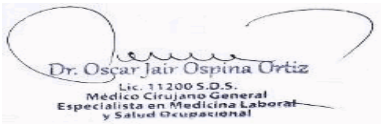
Ciudad: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP



NOMBRE DE LA PERSONA DE RECURSOS HUMANOS DE PARTICULARES	OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR **R. M.:** 011825 MS 17223 **L.S.O.:**	QUINTERO RODRIGUEZ ANA SOFIA **RECIBIDO POR EL TRABAJADOR** **FIRMA DEL TRABAJADOR**