

# SURMEDICA IPS

Nit. 900.222.743-1

CR 12 N 9 - 25 - VILLANUEVA-CAS. CEL: 3202315413

BARRIO CENTRO - e-mail:surmedicaips@gmail.com

| | Identificacion | Codigo Unico Paciente: |
|---|---|---|
| **Nombre Paciente:** Danis Arbey Barreto Vera | 1058324873 | 28402 |
| **Empresa:** SEALL S.A.S | **Fecha Nacimiento:** | 07/05/1992 |
| **Direccion:** CARIBAYONA | | |



| Ingreso Nro. | Sexo: | Edad: | | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad: | Fecha Consulta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101529 | Masculino | 31 | Años | Soltero | 6 - 9 (Basica Secundari | VILLANUEVA | 28/06/2023 08:12:55 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Objetivo:** | Ingreso | **E.P.S.:** | NO SABE | **A.R.L.:** | | **Cargo:** | GUADAÑADOR |
| **Contrato:** | | **Clasificacion del Riesgo:** | | | | **Estrato:** | [1] - Bajo Bajo |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

**CONCEPTO INGRESO:**

| | |
|---|---|
| ☑ | APTO para el Cargo |
| ☐ | No APTO para el Cargo |
| ☐ | Aplazado |

**TRABAJOS ESPECIALES:**

| | |
|---|---|
| Alturas | |
| Espacios Confinados | |
| Manipulacion de Alimentos | |

**CONCEPTO EGRESO:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | Satisfactoria | | |
| ☐ | No Satisfactoria | | |
| Valoracion por: | E.P.S. ☐ | A.R.L. ☐ | |

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

### PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

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

Se Realizaron los siguientes examenes: Examen Medico Ocupacional Enfasis Osteomuscular, Audiometria Ocupacional, Valoracion por Optometria.

### DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cumple requisitos para el cargo. Condicion medica que no interfiere con su labor.

### RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Control ocupacional periodico, Higiene Postural, Utilizacion EPP, Control optometrico en 1 año. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Ergonomico.

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(as) 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 SURMEDICA 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 SURMEDICA 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.

Wed Jun 2023 06/14/23 06:54:40

Fahudis Morales - C.C. 6393671 / RM: R.M 76-6245-12, LIC SO 3354/17 CC 6393671

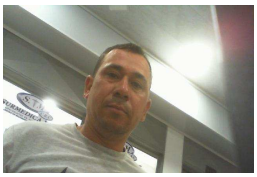
28/06/2023 11:41:49

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Wed Jun 2023 06/28/23 07:44:44

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho



# SURMEDICA IPS

Nit. 900.222.743-1
CR 12 N 9 - 25 - VILLANUEVA-CAS. CEL: 3202315413
BARRIO CENTRO - e-mail:surmedicaips@gmail.com

| | Identificacion | Codigo Unico Paciente: |
|---|---|---|
| **Nombre Paciente:** Ernesto Parra Peña | 80746868 | 32248 |
| **Empresa:** SEALL S.A.S | **Fecha Nacimiento:** | 11/01/1984 |
| **Direccion:** CR 12 23-32 MORICHAL | | |



| Ingreso Nro. | Sexo: | Edad: | | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad: | Fecha Consulta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101516 | Masculino | 39 | Años | Soltero | 10 - 11 (Media Tecnica) | VILLANUEVA | 28/06/2023 07:26:55 |

| Objetivo: | Ingreso | E.P.S.: | SANITAS | A.R.L.: | | Cargo: | GUADAÑADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contrato: | | Clasificacion del Riesgo: | | | | Estrato: | [1] - Bajo Bajo |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

**CONCEPTO INGRESO:**

| | |
|---|---|
| ☑ | APTO para el Cargo |
| ☐ | No APTO para el Cargo |
| ☐ | Aplazado |

**TRABAJOS ESPECIALES:**

| | |
|---|---|
| Alturas | |
| Espacios Confinados | |
| Manipulacion de Alimentos | |

**CONCEPTO EGRESO:**

| | |
|---|---|
| ☐ | Satisfactoria |
| ☐ | No Satisfactoria |
| Valoracion por: | E.P.S. ☐ A.R.L. ☐ |

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

### PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

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

Se Realizaron los siguientes examenes: Examen Medico Ocupacional Enfasis Osteomuscular, Valoracion por Optometria, Audiometria Ocupacional.

### DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cumple requisitos para el cargo.

### RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Control ocupacional periodico, Higiene Postural, Utilizacion EPP. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Ergonomico.

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(as) 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 SURMEDICA 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 SURMEDICA 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.

Wed Jun 2023 06/14/23 06:54:40
Fahudis Morales - C.C. 6393671 / RM: R.M 76-6245-12, LIC SO 3354/17 CC 6393671

28/06/2023 11:57:17
Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Wed Jun 2023 06/28/23 07:10:42
Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho



# SURMEDICA IPS

Nit. 900.222.743-1

CR 12 N 9 - 25 - VILLANUEVA-CAS. CEL: 3202315413

BARRIO CENTRO - e-mail:surmedicaips@gmail.com

| | Identificacion | Codigo Unico Paciente: |
|---|---|---|
| **Nombre Paciente:** Jose Samuel Bejarano Perilla | 74325119 | 2961 |
| **Empresa:** SEALL S.A.S | **Fecha Nacimiento:** | 27/07/1971 |
| **Direccion:** vereda colmena | | |



| Ingreso Nro. | Sexo: | Edad: | | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad: | Fecha Consulta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101496 | Masculino | 51 | Años | Union Libre | 1 - 5 (Basica Primaria) | VILLANUEVA | 28/06/2023 06:21:14 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Objetivo:** | Ingreso | **E.P.S.:** | MEDIMAS | **A.R.L.:** | | **Cargo:** | GUADAÑADOR |
| **Contrato:** | | **Clasificacion del Riesgo:** | | | | **Estrato:** | [1] - Bajo Bajo |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

**CONCEPTO INGRESO:**

| | |
|---|---|
| ☑ | APTO para el Cargo |
| ☐ | No APTO para el Cargo |
| ☐ | Aplazado |

**TRABAJOS ESPECIALES:**

| | |
|---|---|
| Alturas | |
| Espacios Confinados | |
| Manipulacion de Alimentos | |

**CONCEPTO EGRESO:**

| | |
|---|---|
| ☐ | Satisfactoria |
| ☐ | No Satisfactoria |

Valoracion por: E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

### PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☑ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☑ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

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

Se Realizaron los siguientes examenes: Examen Medico Ocupacional Enfasis Osteomuscular, Valoracion por Optometria, Audiometria Ocupacional.

### DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cumple requisitos para el cargo.

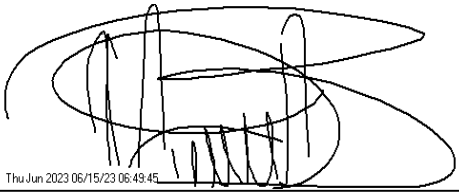
### RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Control ocupacional periodico, Higiene Postural, Utilizacion EPP, Uso de doble proteccion auditiva, Uso de gafas para lectura, vision proxima. SEGUN I.M.C.: Dieta, Ejercicio Regular, Habitos de vida saludable. PROGRAMAS DE PYP: Salud Visual, Cuidado Auditivo, Riesgo Ergonomico, Medidas de conservacion auditiva.

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(as) 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 SURMEDICA 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 SURMEDICA 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.

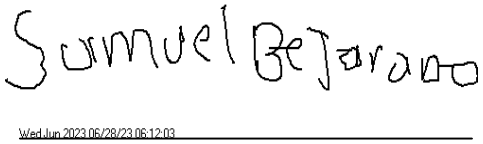


Thu Jun 2023 06/15/23 06:49:45

Mario Arbey Becerra - C.C. 79122499 / RM: Especialista Salud Ocupacional Res 0374

28/06/2023 07:45:24

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Wed Jun 2023 06/28/23 06:12:03

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho