Eslabonar S.A.S.
Salud, ambiente y seguridad

NIT. 900299770-1
Carrera 21A No.53-24 La Concordia
Bucaramanga - Santander
Cel. 310 698 9867 - Tel. 6577788
E-mail. administracion@eslabonar.com

EMPRESA: E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAV

Factura N°. 7602

Nº OS	Identificacion	Nombre	Autorización/Centro de Costo	F Solicitud	F Exámen	Tipo Exámen	
44894	1097306266	VARGAS FORERO YURY ANDREA			01/04/2023	INGRESO	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA							27,000
AUDIOMETRIA TAMIZ							17,000
VISIOMETRIA							16,000
SubTotal							**60,000**
44992	63558078	MUÑOZ LIZCANO DIANA CAROLINA			04/04/2023	INGRESO	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA							27,000
AUDIOMETRIA TAMIZ							17,000
VISIOMETRIA							16,000
SubTotal							**60,000**
45006	1098806357	FLOREZ GARCIA MARIA JOSE			04/04/2023	INGRESO	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA							27,000
AUDIOMETRIA TAMIZ							17,000
VISIOMETRIA							16,000
SubTotal							**60,000**
45010	63546757	CAMACHO BOTIA JUDITH			04/04/2023	INGRESO	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA							27,000
AUDIOMETRIA TAMIZ							17,000
VISIOMETRIA							16,000
SubTotal							**60,000**
45054	1007936723	TELLEZ TORRADO NATALIA			05/04/2023	INGRESO	

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA	27,000
AUDIOMETRIA TAMIZ	17,000
VISIOMETRIA	16,000
SubTotal	**60,000**

45056	37667951	GALAN GARCIA PATRICIA			05/04/2023	INGRESO

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA	27,000
AUDIOMETRIA TAMIZ	17,000
VISIOMETRIA	16,000
SubTotal	**60,000**
Total a Pagar	**360,000**

Eslabonar S.A.S.
Salud, ambiente y seguridad

NIT. 900299770-1
Carrera 21A No.53-24 La Concordia
Bucaramanga - Santander
Cel. 310 698 9867 - Tel. 6577788
E-mail. administracion@eslabonar.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.274

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	04 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (COLOMBIA, SANTANDER) Ciudad	INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA

E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO	E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO
Nombre del acuerdo comercial, contrato o convenio	Empresa

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

VARGAS FORERO YURY ANDREA	Genero: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 7 MESES 26 DÍAS	Documento de Identificación: CC	1097306266
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
BACTERIOLOGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON ALTERACION (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TEMPORALIDAD	OBSERVACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	RECOMENDACIONES DE SVE
USO DE EPP	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES	OSTEOMUSCULAR
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS : +++		HACER DEPORTE	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN CASO DE PERSISTENCIA Y/O ACENTUACION DE SINTOMA ACUDIR A CONSULTA POR EPS (SOLICITAR COPIA DE HC)
SE DAN RECOMENDACIONES DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, MINIMO 3 VECES POR SEMANA MINIMO POR 30 A 40 MINUTOS DIA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HIGIENE POSTURAL ENFATIZANDO EN LA ALINEACIÓN CORPORAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE SU JORNADA LABORAL ENFATIZANDO EN ESTIRAMIENTOS MUSCULARES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y DE ESPALDA****, SEGÚN LA INSTRUCCIÓN DADA EN EL CONSULTORIO.
PESO NORMAL: OBSERVAR DIETA SALUDABLE, RICA EN VERDURAS, FRUTAS Y AGUA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESADOS (EN PAQUETE, EMBUTIDOS, ENLATADOS).

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: 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 completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: WILMAR JAVIER MIRANDA SANTOS
C.C. 1.095.803.621de Floridablanca.

Nombre: MIRANDA SANTOS WILMAR JAVIER

R. M.: 1095803621 L.S.O.: 06238

Código de Seguridad
I291O1U38274

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VARGAS FORERO YURY ANDREA

CC: 1097306266

Eslabonar S.A.S.
Salud, ambiente y seguridad

NIT. 900299770-1
Carrera 21A No.53-24 La Concordia
Bucaramanga - Santander
Cel. 310 698 9867 - Tel. 6577788
E-mail. administracion@eslabonar.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.362

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	04 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (COLOMBIA, SANTANDER) Ciudad	INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre del acuerdo comercial, contrato o convenio	Empresa
E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO	E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO

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

Apellidos y Nombres	Genero / Teléfonos	Edad	Documento de Identificación: Tipo	Número
MUÑOZ LIZCANO DIANA CAROLINA	FEMENINO	38 AÑOS 3 MESES 30 DÍAS	CC	63558078

Cargo
AUXILIAR ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON ALTERACION (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TEMPORALIDAD	OBSERVACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	RECOMENDACIONES DE SVE
USO DE EPP	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES	
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS : +++		HACER DEPORTE	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : USO DE RX PARA PROTECCION A LAS LUCES ARTIFICIALES AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, MINIMO 3 VECES POR SEMANA MINIMO POR 30 A 40 MINUTOS DIA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HIGIENE POSTURAL ENFATIZANDO EN LA ALINEACIÓN CORPORAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE SU JORNADA LABORAL ENFATIZANDO EN ESTIRAMIENTOS MUSCULARES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y DE ESPALDA, SEGÚN LA INSTRUCCIÓN DADA EN EL CONSULTORIO
OBSERVAR DIETA SALUDABLE, RICA EN VERDURAS, FRUTAS Y AGUA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESADOS (EN PAQUETE, EMBUTIDOS, ENLATADOS).

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: WILMAR JAVIER MIRANDA SANTOS
C.C. 1.095.803.621de Floridablanca.

Nombre: MIRANDA SANTOS WILMAR JAVIER

R. M.: 1095803621 L.S.O.: 06238

Código de Seguridad
T291Z1F38362

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MUÑOZ LIZCANO DIANA CAROLINA

CC: 63558078

Eslabonar S.A.S.
Salud, ambiente y seguridad

NIT. 900299770-1
Carrera 21A No.53-24 La Concordia
Bucaramanga - Santander
Cel. 310 698 9867 - Tel. 6577788
E-mail. administracion@eslabonar.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.376

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	04 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (COLOMBIA, SANTANDER) Ciudad	INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA

E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO	E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO
Nombre del acuerdo comercial, contrato o convenio	Empresa

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

FLOREZ GARCIA MARIA JOSE	Genero: FEMENINO	Edad: 25 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS	Documento de Identificación: CC	1098806357
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
MEDICO SSO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON ALTERACION (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TEMPORALIDAD	OBSERVACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	RECOMENDACIONES DE SVE
USO DE EPP	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES	SVE ERGONOMICO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS		HACER DEPORTE	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTES		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN ESPALDA Y ABDOMEN, MEJORAR HIGIENE POSTURAL.
*PACIENTE NIEGA SINTOMATOLOGIA ACTUAL PARA COVID-19, SE DAN RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN FRENTE AL COVID-19: LAVADO DE MANOS PERMANENTE, USO ADECUADO DEL TAPABOCAS SI SE ENCUENTRA CON SÍNTOMAS GRIPALES O EN RIESGO DE EXPOSICIÓN, ASISTIR A URGENCIAS EN SU EPS SI PRESENTA: FIEBRE DE MAS DE 2 DIAS QUE NO CEDE, FATIGA O DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOS SECA PERSISTENTE, MALESTAR GENERAL ETC.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Ligia T. García G. Médico Cirujano Especialista Gerencia Salud Ocupacional RM 5011866 LSC 7696-07/07/14

Nombre: GARCIA GONZALEZ LIGIA TERESA

R. M.: 5011866 **L.S.O.:** 7696-07/07/14

Código de Seguridad
Z291F1L38376

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FLOREZ GARCIA MARIA JOSE

CC: 1098806357

Eslabonar S.A.S.
Salud, ambiente y seguridad

NIT. 900299770-1
Carrera 21A No.53-24 La Concordia
Bucaramanga - Santander
Cel. 310 698 9867 - Tel. 6577788
E-mail. administracion@eslabonar.com

RECOMENDACIONES

Paciente: FLOREZ GARCIA MARIA JOSE

Identificación: CC: 1098806357

Cargo: MEDICO SSO

Género: FEMENINO

Dirección: CL 36 22A 108

Fecha: 04/04/2023

Fecha Nacimiento: 16/03/1998

Edad: 25 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: BUCARAMANGA (COLOMBIA, SANTANDER)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

RECOMENDACIONES CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

RECOMENDACIONES SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
SVE ERGONOMICO

RECOMENDACIONES MÉDICAS
USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTES, USO DE EPP, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
USO DE EPP

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN ESPALDA Y ABDOMEN, MEJORAR HIGIENE POSTURAL.

*PACIENTE NIEGA SINTOMATOLOGIA ACTUAL PARA COVID-19, SE DAN RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN FRENTE AL COVID-19: LAVADO DE MANOS PERMANENTE, USO ADECUADO DEL TAPABOCAS SI SE ENCUENTRA CON SÍNTOMAS GRIPALES O EN RIESGO DE EXPOSICIÓN, ASISTIR A URGENCIAS EN SU EPS SI PRESENTA: FIEBRE DE MAS DE 2 DIAS QUE NO CEDE, FATIGA O DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOS SECA PERSISTENTE, MALESTAR GENERAL ETC.

MÉDICO

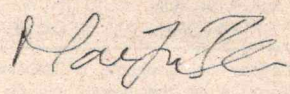


Firma: _____

Nombre: GARCIA GONZALEZ LIGIA TERESA

R.M. 5011866 **L.S.O** 7696-07/07/14

PACIENTE



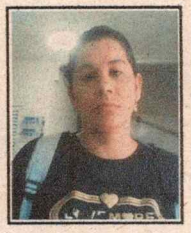
Firma: _____

Nombre: FLOREZ GARCIA MARIA JOSE

CC: 1098806357

Eslabonar S.A.S.
Salud, ambiente y seguridad

NIT. 900299770-1
Carrera 21A No.53-24 La Concordia
Bucaramanga - Santander
Cel. 310 698 9867 - Tel. 6577788
E-mail. administracion@eslabonar.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.379

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	04 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (COLOMBIA, SANTANDER) Ciudad	INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA

E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO	E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO
Nombre del acuerdo comercial, contrato o convenio	Empresa

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

CAMACHO BOTIA JUDITH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO Teléfonos	39 AÑOS 7 MESES 19 DÍAS	CC Tipo	63546757 Número

Cargo
AUXILIAR ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON ALTERACION (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TEMPORALIDAD	OBSERVACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	RECOMENDACIONES DE SVE
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES	OSTEOMUSCULAR
USO DE EPP		CONTROL DE PESO	
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO OCASIONAL		DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- SE RECOMIENDA BAJAR DE PESO REALIZAR DIETA BAJA EN GRASAS CARBOHIDRATOS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 1 HORA DIARIA.
*PACIENTE NIEGA SINTOMATOLOGIA ACTUAL PARA COVID-19, SE DAN RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN FRENTE AL COVID-19: LAVADO DE MANOS PERMANENTE, USO ADECUADO DEL TAPABOCAS SI SE ENCUENTRA CON SINTOMAS GRIPALES O EN RIESGO DE EXPOSICION, ASISTIR A URGENCIAS EN SU EPS SI PRESENTA: FIEBRE DE MAS DE 2 DIAS QUE NO CEDE, FATIGA O DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOS SECA PERSISTENTE, MALESTAR GENERAL ETC.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: 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 completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Ligia T. García G. Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional RM 5011866 LIC 7696-07/07/14

Nombre: GARCIA GONZALEZ LIGIA TERESA

R. M.: 5011866 L.S.O.: 7696-07/07/14

Código de Seguridad
S291Y1E38379

Aspirante o Trabajador

Firma: Judith Camacho

Nombre: CAMACHO BOTIA JUDITH

CC: 63546757

Eslabonar S.A.S.
Salud, ambiente y seguridad

NIT. 900299770-1
Carrera 21A No.53-24 La Concordia
Bucaramanga - Santander
Cel. 310 698 9867 - Tel. 6577788
E-mail. administracion@eslabonar.com

RECOMENDACIONES

Paciente: CAMACHO BOTIA JUDITH
Identificación: CC: 63546757
Cargo: AUXILIAR ENFERMERIA
Género: FEMENINO
Dirección: VDA BALSAS

Fecha: 04/04/2023
Fecha Nacimiento: 21/11/1983
Edad: 39 AÑOS 7 MESES 19 DÍAS
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Ciudad: BUCARAMANGA (COLOMBIA, SANTANDER)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES MÉDICAS
CONTINUAR MANEJO MÉDICO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO OCASIONAL, USO DE EPP, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

RECOMENDACIONES SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
USO DE EPP

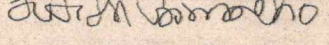
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
- SE RECOMIENDA BAJAR DE PESO REALIZAR DIETA BAJA EN GRASAS CARBOHIDRATOS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 1 HORA DIARIA.
*PACIENTE NIEGA SINTOMATOLOGIA ACTUAL PARA COVID-19, SE DAN RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN FRENTE AL COVID-19: LAVADO DE MANOS PERMANENTE, USO ADECUADO DEL TAPABOCAS SI SE ENCUENTRA CON SINTOMAS GRIPALES O EN RIESGO DE EXPOSICION, ASISTIR A URGENCIAS EN SU EPS SI PRESENTA: FIEBRE DE MAS DE 2 DIAS QUE NO CEDE, FATIGA O DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOS SECA PERSISTENTE, MALESTAR GENERAL ETC.

MÉDICO



Firma: _____
Nombre: GARCIA GONZALEZ LIGIA TERESA
R.M. 5011866 **L.S.O** 7696-07/07/14

PACIENTE



Firma: _____
Nombre: CAMACHO BOTIA JUDITH
CC: 63546757

Eslabonar S.A.S.
Salud, ambiente y seguridad

NIT. 900299770-1
Carrera 21A No.53-24 La Concordia
Bucaramanga - Santander
Cel. 310 698 9867 - Tel. 6577788
E-mail. administracion@eslabonar.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.417

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	04 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (COLOMBIA, SANTANDER) Ciudad	INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA

E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO	E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO
Nombre del acuerdo comercial, contrato o convenio	Empresa

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

TELLEZ TORRADO NATALIA	Genero: FEMENINO	Edad: 21 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS	Documento de Identificación: CC	1007936723
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TEMPORALIDAD	OBSERVACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	RECOMENDACIONES DE SVE
CONTINUAR MANEJO MEDICO : NEUROLOGIA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES	
USO DE EPP		HACER DEPORTE	
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS : +++		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SE RECOMIENDA EL USO DE RX OCASIONAL		DIETA BALANCEADA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, MINIMO 3 VECES POR SEMANA MINIMO POR 30 A 40 MINUTOS DIA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HIGIENE POSTURAL ENFATIZANDO EN LA ALINEACIÓN CORPORAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE SU JORNADA LABORAL ENFATIZANDO EN ESTIRAMIENTOS MUSCULARES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y DE ESPALDA, SEGÚN LA INSTRUCCIÓN DADA EN EL CONSULTORIO.
PESO NORMAL: OBSERVAR DIETA SALUDABLE, RICA EN VERDURAS, FRUTAS Y AGUA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESADOS (EN PAQUETE, EMBUTIDOS, ENLATADOS).

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: WILMAR JAVIER MIRANDA SANTOS
C.C. 1.095.803.621de Floridablanca.

Nombre: MIRANDA SANTOS WILMAR JAVIER

R. M.: 1095803621 L.S.O.: 06238

Código de Seguridad
U291A1G38417

Aspirante o Trabajador

Firma: Natalia Tellez

Nombre: TELLEZ TORRADO NATALIA

CC: 1007936723

Eslabonar S.A.S.
Salud, ambiente y seguridad

NIT. 900299770-1
Carrera 21A No.53-24 La Concordia
Bucaramanga - Santander
Cel. 310 698 9867 - Tel. 6577788
E-mail. administracion@eslabonar.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.419

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	04 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (COLOMBIA, SANTANDER) Ciudad	INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA

E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO	E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO
Nombre del acuerdo comercial, contrato o convenio	Empresa

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

GALAN GARCIA PATRICIA	Genero: FEMENINO	Edad: 40 AÑOS 8 MESES 13 DÍAS	Documento de Identificación: CC	37667951
Apellidos y Nombres	Teléfonos		Tipo	Número

Cargo
SERVICIO AL CLIENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON ALTERACION (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TEMPORALIDAD	OBSERVACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	RECOMENDACIONES DE SVE
USO DE EPP	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES	SVE NUTRICIONAL : IMC 37.53 PESO 89KG
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS : +++		CONTROL DE PESO	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		HACER DEPORTE	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION			
ESPECIALISTA : OPTOMETRIA PARA PARA NUEVA RX OPTICA			

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, MINIMO 3 VECES POR SEMANA MINIMO POR 30 A 40 MINUTOS DIA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HIGIENE POSTURAL ENFATIZANDO EN LA ALINEACIÓN CORPORAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE SU JORNADA LABORAL ENFATIZANDO EN ESTIRAMIENTOS MUSCULARES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y DE ESPALDA, SEGÚN LA INSTRUCCIÓN DADA EN EL CONSULTORIO.
OBSERVAR DIETA SALUDABLE BAJA EN GRASAS Y AZÚCARES; EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESADOS (EN PAQUETE, EMBUTIDOS, ENLATADOS), SE RECOMIENDA REDUCIR PESO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: 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 completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: WILMAR JAVIER MIRANDA SANTOS
C.C. 1.095.803.621de Floridablanca.

Nombre: MIRANDA SANTOS WILMAR JAVIER

R. M.: 1095803621 L.S.O.: 06238

Código de Seguridad
N291T1Z38419

Aspirante o Trabajador

Firma: Patricia Galán

Nombre: GALAN GARCIA PATRICIA

CC: 37667951