101

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° 45.438

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	11 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		Teléfonos			Tipo	Número
GOMEZ RAMIREZ DORIS ESTRELLA	FEMENINO		33 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS		CC	1097303911

AUXILIAR DE 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	HABITOS SALUDABLES	
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS		HACER DEPORTE	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES, USO DE MEDIAS ANTIVARICE DE TENSION BAJA.
- SE RECOMIENDA BAJAR DE PESO REALIZAR DIETA BAJA EN GRASAS CARBOHIDRATOS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 1 HORA DIARIA.

POSTURAL.

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 me fueron aclaradas todas mis dudas. El propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen medico 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 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 LIC 7696-07/07/14

Nombre: GARCIA GONZALEZ LIGIA TERESA

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

Código de Seguridad
Q291W1C45438

Acudiente o Trabajador

Firma: Doris * GOMEZ R.

Nombre: GOMEZ RAMIREZ DORIS ESTRELLA

CC: 1097303911

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° 45.243

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	11 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		Teléfonos		Tipo	Número
GARCES AYALA JHUDY BRIGGITH	FEMENINO		20 AÑOS 2 MESES 11 DÍAS	CC	1005183113

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	RECOMENDACIONES DE SVE
USO DE EPP	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES	
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS		CONTROL DE PESO	
		HACER DEPORTE	
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 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.
OBSERVAR DIETA SALUDABLE BAJA EN GRASAS Y AZUCARES, 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 [illegible] 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 empresas 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			Aspirante o Trabajador
Firma: WILMAR JAVIER MIRANDA SANTOS C.C. 1.095.803.621de Floridablanca.		Firma:
Nombre: MIRANDA SANTOS WILMAR JAVIER	Código de Seguridad	Nombre: GARCES AYALA JHUDY BRIGGITH
R. M.: 1095803621 L.S.O.: 06238	Y291E1K45243	CC: 1005183113