Integridad Laboral S.A.S.	CÓDIGO: IL-FR-01 VERSIÓN: 1 www.integridadlaboral.com Página: 1/1

Ciudad: MANIZALES	**Fecha:** 23-12-2022	
Empresa: PARTICULAR	**Cargo:** CONTRATISTA	
Nombre completo: LUZ ESTELLA GUTIERREZ BOTERO	**Fecha de nacimiento:** 21-03-1968	
Tipo de Documento: CéDULA DE CIUDADANÍA	**Número de identificación:** 24728142	
Dirección: VILLA MARIA	**Edad:** 54.7570	
EPS: NUEVA EPS	**Teléfono:** 3127376105 -	
ARL: POSITIVA COMPAñíA DE SEGUROS	**Sexo:** MUJER	
Tipo de Examen: INGRESO		

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO MÉDICO

APTO PARA LABORAR: SI

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EJERCICIO, OPTOMETRÍA ANUAL, ESTIRAMIENTO DIARIO, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, EJERCICIO DIARIO, DORMIR MINIMO 8 HORAS DIARIAS, REALIZAR ESTIRAMIENTO DIARIO, ODONTOLOGIA ANUAL.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (P.V.E.)

ERGONÓMICO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, SEGÚN LABORES DEL CARGO, SI SINTOMAS RELACIONADO CON SU LABOR COMO DOLORES OSTEOMUSCULAR, MAREOS, TRAUMAS ,NOTIFICAR AL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

ACATAR PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO PARA EVITAR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES, BUSCAR ERGONOMÍA EN SU PUESTO DE TRAJABO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER ORDEN Y ASEO EN SU PUESTO DE TRABAJO, AVISAR CUALQUIER INCIDENTE O EVENTO PARA LA SALUD QUE LE SUCEDA INMEDIATAMENTE POR PEQUEÑO QUE PAREZCA, CONOCER LOS RIESGOS Y PELIGROS EN EL DESARROLLO DE SU LABOR, SI REALIZA TAREAS DE ALTO RIESGO VERIFICAR SIEMPRE EL ESTADO DE SUS HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ANTES DE INICIAR Y DAR AVISO DE LAS CONDICIONES PELIGROSAS..

RESTRICCIONES

APTO SIN RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES.
CONTROL POR EPS PERIODICO EN PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION, CITOLOGIA PERIODICO, AUTOEXAMEN DE MAMA.
USO D E MEDIAS DE PRESION PARA LA LABOR.
. SUMINISTRAR, CAPACITAR, Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN
. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACIÓN DE CARGAS,
. INSISTIR EN PAUSAS ACTIVAS PARA SISTEMA OSTEOMUSCULAR ANTES DURANTE Y DESPUES DE CADA JORNADA LABORAL.

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi el examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgo del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la respectiva asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) exámenes. fui informado(a) de las medidas que tomará Integridad Laboral S.A.S. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional. Las respuestas dada por mi en este(os) son verídicos y son completos. Autorizo a Integridad Laboral S.A.S. para que suministre a mi empresa y/o a las 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.

FIRMA MÉDICO
LS: 72316 RM: 16349

FIRMA PACIENTE
CéDULA DE CIUDADANÍA: 24728142