PORSALUD S.A.S

Calle 145A No. 94 A - 17 PBX: 7462603 - 7462753 Bogotá Colombia
Carrera 36 No. 34 - 71 Barzal Tel (038) 6627509 Villavicencio Meta
Página web: www.porsaludips.com

estamos contigo



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 68527

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	12 MES	2022 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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CORCHO DE HOYOS SIRLEY DEL CARMEN	FEMENINO	47 AÑOS 4 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	52258177 (Número)

Cargo
GESTION DE RIESGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGIAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

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
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR MEDICINA GENERAL EN EPS POR PATOLOGIAS DE BASE DE ORIGEN COMUN	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISION PROXIMA	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : POR OPTOMETRIA EN EPS PARA FORMULACION DE CORRECCION VISUAL	SVE CARDIOVASCULAR	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL/SE RECOMIENDA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS/ANTE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PROFESIOGRAMA Y REALIZAR REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL/ ÉNFASIS EN EL TRABAJO SEGURO/MANEJO ADECUADO DE CARGAS/USO DE PROTECCION SOLAR ADECUADA/ CUMPLIR CON EL PROGRAMA DE SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA/ 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”...

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Ingresó el 21/12/2022 09:25:35a. m.

21 DÍA	12 MES	2022 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)

CORCHO DE HOYOS SIRLEY DEL CARMEN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	47 AÑOS 4 MESES 15 DÍAS	CC	52258177
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

GESTION DE RIESGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGIAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

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
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR MEDICINA GENERAL EN EPS POR PATOLOGIAS DE BASE DE ORIGEN COMUN	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISION PROXIMA	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : POR OPTOMETRIA EN EPS PARA FORMULACION DE CORRECCION VISUAL	SVE CARDIOVASCULAR	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL/SE RECOMIENDA EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS/ANTE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PROFESIOGRAMA Y REALIZAR REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL/ ÉNFASIS EN EL TRABAJO SEGURO/MANEJO ADECUADO DE CARGAS/USO DE PROTECCION SOLAR ADECUADA/ CUMPLIR CON EL PROGRAMA DE SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA/ 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: COTES ARIAS SILENA	**Nombre:** CORCHO DE HOYOS SIRLEY DEL CARMEN
R. M.: 471612000 **L.S.O.:** 8085 DE 18/09/2019	**CC:** 52258177

PORSALUD S.A.S

Calle 145A No. 94 A - 17 PBX: 7462603 - 7462753 Bogotá Colombia
Carrera 36 No. 34 - 71 Barzal Tel (038) 6627509 Villavicencio Meta
Página web: www.porsaludips.com

estamos contigo

RECOMENDACIONES

Paciente: CORCHO DE HOYOS SIRLEY DEL CARMEN

Fecha: 21/12/2022

Identificación: CC: 52258177

Fecha Nacimiento: 06/08/1975

Cargo: GESTION DE RIESGO

Edad:

Género: FEMENINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: TRA 127 CBIS 139 A 20

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: POR MEDICINA GENERAL EN EPS POR PATOLOGIAS DE BASE DE ORIGEN COMUN, USAR CORRECCIÓN VISUAL: VISION PROXIMA, VALORACIÓN POR EPS: POR OPTOMETRIA EN EPS PARA FORMULACION DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP, SVE VISUAL, SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL



NOMBRE DE LA PERSONA DE RECURSOS HUMANOS DE PARTICULARES

COTES ARIAS SILENA

R. M.: 471612000 **L.S.O.:**

CORCHO DE HOYOS SIRLEY DEL CARMEN

RECIBIDO POR EL TRABAJADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR