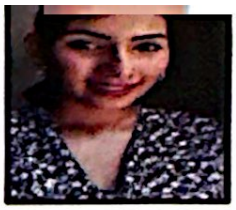
**CERTIFICADO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL**
**Fundacion Integral Siempre Amiga - FUNDISAM IPS**
**NIT: 901204742-1**
**Cel: 304 113 9631**



## 1. IDENTIFICACION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha | 26/02/2025 | | |
| Empresa | INDEPENDIENTES | Nit | |
| Nombre | JULIA FAIRU REYES CAMPOS | | |
| Documento | 1.091.078.955 | Edad | 27 |
| Cargo | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | |

## 2. TIPO DE EXAMEN

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | Ingreso | | Egreso | | Periodico | | Aplazado |
| | | Trabajo En Alturas | | Post - Incapacidad | | | | |

## 3. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Evaluacion Medico Ocupacional | X | Perfil Lipidico | |
| Osteomuscular y Postura | X | Trigliceridos | |
| Audiometria | | Colesterol | |
| Visiometria | | Glicemia | |
| Espirometria | | Screnin Droga | |
| Vertigo | | Serologia | |
| Parcial de Orina | | Psicologicos | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SVE Cardiovascular | | Uso de EPP | X | Habitos y Estilos de Vida Saludabes | X |
| SVE Visual | | Higiene Postural | X | Control de Peso | |
| SVE Auditivo | | Pausas Activas | X | Autocuidado | X |
| SVE Respiratorio | | Manejo de Cargas | | | |
| SVE Psicosocial | | Remision a EPS | | | |
| SVE Ergonomico | | Continuar Manejo Medico | | | |

## 5. CONCEPTO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | Satisfactorio | | No Satisfactorio | | Con Restrinccion Laboral | | Aplazado |
| | | Apto Para el Trabajo en Alturas | | | | | | |

## 6. OBSERVACIONES

APTO PARA LABORAR

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionadoa realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. Eldoctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito del examen. He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, las limitaciones y riesgos del examen medico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realizacion de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger laconfidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente la informacion registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo, y para las situacione contempladas en la misma legislacion, igualmente para que remitan la Historia Clinica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leido 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.

Dr. Luis Eduardo Saavedra P.
Médico Especialista Salud Ocupacional
Licencia O. 4244

LUIS EDUARDO SAAVEDRA P. - RMSO: 024244

J. Fairu Reyes Campos
C. 1091078 955

FIRMA TRABAJADOR - CC



Scanned with CamScanner