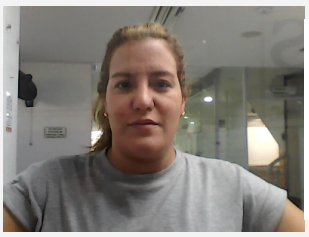
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

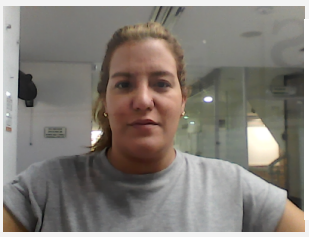
Orden:	335323	**Documento:**	1152189970
Nombre:	JENNIFER VANESSA ATEHORTUA MARTINEZ	**Sexo:**	Femenino
Fecha nacimiento:	1991-01-25	**Edad (años):**	33
Fecha Diligenciamiento examen:	2024-10-09 08:54 am	**Fecha impresión:**	2024-10-09 10:32 am

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	Independiente	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Casado	**Hijos:**	0
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CRA 71 #27-106 BELEN	**Barrio:**	BELEN
Celular:	3128866068	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Postgrado	**Profesión:**	ESPECIALIZACION EN VIAS
Oficio:	ESTRUCTURADORA	**Actividad Económica:**	SERVICIOS
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SURA EPS
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	SURA	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PROTECCION
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Angie Vanesa Vivares M uriel
Registro:
Recepcion
Cédula de Ciudadanía : 1000569990

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

NOTA: SE REALIZÓ EXAMEN MEDICO CON ÉNFASIS ESQUELETICO, OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, REALIZÓ OPTOMETRIA. NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO , NO PRESENTA COMORBILIDADES DE RIESGO PARA EL COVID 19, RECOMENDACIONES DADAS EN OPTOMETRIA: NO SE REQUIERE CAMBIO DE FORMULA, CONTINUAR CON EL USO FRECUENTE DE LAS GAFAS ACTUALES PARA ESFUERZO VISUAL Y FRENTE AL COMPUTADOR, CONTROL ANUAL. UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN FRENTE AL COVID 19: Aplicar las medidas de protección y prevención que haya dado el gobierno sobre bioseguridad frente al COVID 19- siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa deben definir los Elementos de Protección Personal indicados para la protección personal de acuerdo con la labor.

Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección Cardiovascular y Metabólica

CONSULTAR NUTRICIONISTA.
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA MÍNIMO 1/2 HORA.
INGRESAR AL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LA EMPRESA.

Programa de Protección Osteomuscular

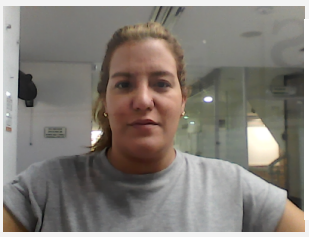
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Otros

VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

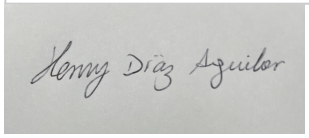
Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Optometría	Realizado

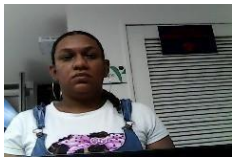


Henry Diaz Aguilar
Registro: 5-2092-03
Licencia Salud Ocupacional: 2023060085410
Médico especialista en Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 73166985

JENNIFER VANESSA ATEHORTUA MARTINEZ
Cédula de Ciudadanía : 1152189970

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

CONCEPTO MEDICO INGRESO- TRABAJO EN ALTURAS



H.C.: 1076820164-203402

Fecha y Lugar: 27/11/2024 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CORPORACION ECOLOGICA UNIDOS POR EL MEDIO AMBIENTES

Teléfono(s): 3203862333 4444942
MEDELLIN

Actividad Económica: Servicio

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: NAYSA YUGEMI CLAROS GOMEZ
Identificación: 1076820164 **Rh:** O+
Género: FEMENINO **Edad:** 34
Teléfono: 3203862333 **Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento: 12/08/1990
Cargo: COORDINADOR (A) SST
Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Dirección: CALL 58A 31 64 MEDELLIN
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
ARL: SURA
AFP: PROTECCION S.A.

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS, SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

4. ACLARACIONES AL CONCEPTO MÉDICO

RIESGO BAJO Conducta laboral recomendada: Pueden laborar dentro de la empresa en contacto con personas, pero manteniendo la distancia de seguridad 2 mts o más tanto en las actividades laborales, toma de alimentos y en trasporte masivo, obligatoriamente usando elementos de protección e implementado medidas higiene personal frecuente y también higiene y desinfección de herramientas - puesto de trabajo. Vigilancia de síntomas (Resolución 0666 de 24 abril de 2020 y Circular 030 de 08 de mayo del 2020 del ministerio de salud y protección social). CONTINUAR SEGUIMIENTO EN EPS DE PATOLOGIA C RONICA

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
APROBAR CURSO DE ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	NORMAL.
VISIOMETRIA	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
COLESTEROL TOTAL	REALIZADO
TRIGLICERIDOS	REALIZADO
PRUEBA DE EMBARAZO	REALIZADO
ANEXO ALTURAS	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OFTALMOLOGIA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar la capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento que le sean realizadas
En la fecha como mayor de edad identificado como aparece al lado de la firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias
De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, Autorizo a LABORA VITAL IPS, para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría /visiometría, toma de muestra de sangre y de otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias necesarias según el cargo a desempeñar – también autorizo en el caso de requerirse realización de consulta médica por modalidad de telesalud /telemedicina, del cual fui informado y tengo pleno conocimiento que se realiza a través de contacto telefónico / video llamada. ENTIENDO QUE mi atención podrá ser derivada a una atención presencial, si el profesional de salud así lo define, COMPRENDO que yo puedo ELEGIR la

modalidad de atención. ACEPTO que los datos que suministre harán parte de una historia clínica GARANTIZANDO privacidad y conf idencialidad Y que la información suministrada de mi parte al profesional es VERAZ y CIERTA, que no omití datos de salud u otros datos relevantes, ni estoy incurriendo en falsedad de información. También autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido oportunidad de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes'



MARIA EUGENIA RAMIREZ RAMIREZ





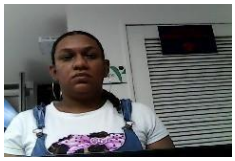
NAYSA YUGEMI CLAROS GOMEZ 1076820164

Firma y cédula del Paciente

LSO 96519 RM: 5-2306-

Médico Especialisa en Salud Laboral

CONCEPTO MEDICO INGRESO- TRABAJO EN ALTURAS



H.C.: 1076820164-203402

Fecha y Lugar: 15/03/2024 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
DOCTOR CLEAN SAS

Teléfono(s): 3203862333 4444942

Ciudad: MEDELLIN

Actividad Económica: Servicio **Nivel de Riesgo:** 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: NAYSA YUGEMI CLAROS GOMEZ
Género: FEMENINO **Edad:** 34
Fecha y Lugar de Nacimiento: 12/08/1990 MEDELLIN
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CALL 58A 31 64 MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 1076820164 **Rh:** O+
Teléfono: 3203862333 **Móvil:**
Cargo: COORDINADOR (A) SST
Escolaridad: UNIVERSITARIO
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
AFP: PROTECCION S.A.

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS, SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

4. ACLARACIONES AL CONCEPTO MÉDICO

RIESGO BAJO Conducta laboral recomendada: Pueden laborar dentro de la empresa en contacto con personas, pero manteniendo la distancia de seguridad 2 mts o más tanto en las actividades laborales, toma de alimentos y en trasporte masivo, obligatoriamente usando elementos de protección e implementado medidas higiene personal frecuente y también higiene y desinfección de herramientas - puesto de trabajo. Vigilancia de síntomas (Resolución 0666 de 24 abril de 2020 y Circular 030 de 08 de mayo del 2020 del ministerio de salud y protección social). CONTINUAR SEGUIMIENTO EN EPS DE PATOLOGIA C RONICA

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
APROBAR CURSO DE ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	NORMAL.
VISIOMETRIA	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
COLESTEROL TOTAL	REALIZADO
TRIGLICERIDOS	REALIZADO
PRUEBA DE EMBARAZO	REALIZADO
ANEXO ALTURAS	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

OFTALMOLOGIA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar la capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento que le sean realizadas
En la fecha como mayor de edad identificado como aparece al lado de la firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias
De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, Autorizo a LABORA VITAL IPS, para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría /visiometría, toma de muestra de sangre y de otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias necesarias según el cargo a desempeñar – también autorizo en el caso de requerirse realización de consulta médica por modalidad de telesalud /telemedicina, del cual fui informado y tengo pleno conocimiento que se realiza a través de contacto telefónico / video llamada. ENTIENDO QUE mi atención podrá ser derivada a una atención presencial, si el profesional de salud así lo define, COMPRENDO que yo puedo ELEGIR la

modalidad de atención. ACEPTO que los datos que suministre harán parte de una historia clínica GARANTIZANDO privacidad y conf idencialidad Y que la información suministrada de mi parte al profesional es VERAZ y CIERTA, que no omití datos de salud u otros datos relevantes, ni estoy incurriendo en falsedad de información. También autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido oportunidad de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes'

MARIA EUGENIA RAMIREZ RAMIREZ

NAYSA YUGEMI CLAROS GOMEZ 1076820164

Firma y cédula del Paciente

LSO 96519 RM: 5-2306-

Médico Especialisa en Salud Laboral