CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2024-03-16 11:25:35

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE AZUCENA FRANCO RUBIANO

Nº DOC. CC - 1115943396

DIRECCIÓN

ESTADO CIVIL CASADO

PROCEDENCIA 41411

AÑOS: 36 MESES: 3 DIAS: 16

TELÉFONO 3118961871

EMPRESA:CORPORACION EDUCATIVA MINUTO DE DIOS

FECHA DE NACIMIENTO 1987-11-29

RESPONSABLE

ACOMPAÑANTE

OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES

CARGO: COODINADORA

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD

EXÁMENES A REALIZAR

☐ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☐ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA

☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☐ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

☐ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTRO:

EXÁMENES PRACTICADOS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:

☐ APLAZADO MOTIVO:

☐ NO APTO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES

☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS

☐ APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☑ NORMAL ☐ ANORMAL

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ACEPTABLE, SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN SU CARGO SEGUN NECESIDAD, MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ENFOCADOS EN UNA DIETA BALANCEADA Y LA ACTIVIDAD FISICA. DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o

realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- [ ] REMISION A EPS
- [ ] CONTINUAR MANEJO MEDICO
- [ ] SEGUIMIENTO CASO POR ARL
- [ ] CITOLOGIA VAGINAL

OCUPACIONALES

- [x] USO DE EPP
- [ ] INGRESO A SVE
- [ ] SIVIG - OTOM
- [ ] SIVIG - Sustancias Quimicas
- [ ] SIVIG - OIR (Ruido)
- [ ] SIVIG-Visual
- [ ] SIVIG- Biologico
- [ ] SIVIG - Radiaciones ionizantes
- [ ] SIVIG- Psicolaboral
- [ ] SIVIG - Cardiovascular

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- [x] INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
- [ ] VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- [ ] DEJAR DE FUMAR
- [x] PAUSAS ACTIVAS
- [ ] REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
- [x] DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
- [ ] CONTOL DE PESO
- [ ] OTRO

CUAL:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional



MANUEL FELIPE GUARNIZO GONZALEZ
ESP. GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
R.M. 1110518551 : RES. 1760/2020

NOMBRE PACIENTE: AZUCENA FRANCO RUBIANO

Nº DOC. CC - 1115943396

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

CERFIT S.A.S
NIT. 901600566
CERTIFICADO MÉDICO
RESOLUCIÓN 3194 DE 2022
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



FECHA ATENCIÓN: 2025-03-11 10:53:57 - **NUM. HISTORIA:** 1084867832

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULAR
Cargo: CONTRATISTA
Ciudad: NEIVA (HUILA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: ADRIANA YICELA RIVAS PERDOMO
EDAD: 33 **Años** 5 **Meses** 9 **Días**
TEL: 3208358439
ENTIDAD: PARTICULAR

ID: CC 1084867832
GENERO: FEMENINO
DIRECCIÓN: CALLE 17 C # 50 - 40
TIPO DE USUARIO: PARTICULAR

FECHA DE NACIMIENTO: 1991-10-02
ESTADO CIVIL: SOLTERO
ARL:
LUGAR DE RESIDENCIA: NEIVA (HUILA)

EXÁMENES REALIZADOS

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL:

EXAMEN MEDICO DE INGRESO

EXÁMENES REALIZADOS:

EXAMEN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

CALIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO MÉDICO:

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR O CONTRATAR

CAUSAL:

N/A

OBSERVACIONES:

N/A

CONCEPTO MEDICO MANIPULACION DE ALIMENTOS:

N/A

RECOMENDACIONES:

HIDRATACION DE 1 LITRO POR CADA 25 KG DE PESO
PAUSAS ACTIVAS: ESTIRAMIENTO DE CUELLO Y HOMBROS, ELEVACIÓN DE PIERNAS, ROTACIÓN DE MUÑECAS Y TOBILLOS, RESPIRACIÓN PROFUNDA
CUIDADOS EN ALIMENTACION
SE SUGIERE HACER CONTROL POR EPS PARA PROGRAMAS DE P Y P
USO DE EPP
CUIDADOS EN SALUD VISUAL Y AUDITIVA
CUIDADOS EN POSTURAS

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 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 completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Profesional: LIBARDO PEREZ SANCHEZ
Esp: MEDICINA OCUPACIONAL/MEDICINA FUNCIONAL
509900/99

Paciente: ADRIANA YICELA RIVAS PERDOMO
CC:1084867832

CALLE 23 # 5A BIS-90
NEIVA-HUILA

RECOMENDACIONES PARA EL DESEMPEÑO LABORAL Y CUIDADO DE LA SALUD

laborvida
NIT 900.563.745-9 ips

194195
Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-01-29

DATOS BASICOS

Empresa: **PARTICULAR** Nit: 999999

Nombres y apellidos: **KERLLY JOHANNA SANTOS** CC: 33750705



Cargo Actual: **DOCENTE PEDAGOGO**

Fecha Nacimiento: 1985-10-27 Edad: 38 Años Género: Masculino

SE CONSIDERA QUE EL Sr(a) KERLLY JOHANNA SANTOS PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS EN EL PRESENTE INFORME U OTRAS QUE LA EMPRESA DEFINA ASIGNARLE SIEMPRE Y CUANDO SE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES LABORALES QUE MAS ADELANTE SE DETALLAN. ESTO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN RIESGOS LABORALES.

Recuerde presentar a su empleador la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) de la empresa.

RECOMENDACIONES

AUTOCUIDADO,DIETA SIN AZUCAR AÑADIDA, RESTRICTIVA DE GRASAS ANIMALES NI FRITURAS. RICA EN FIBRAA, EJERCICIO CARDIO MINIMO 30 MINUTOS CADA DIA,HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE LOS EPP, CONTAR CON LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGUN RESOLUCION 777 DE 2021 PARA CONTENER LA PROPAGACION Y EVITAR EL CONTAGIO DEL COVID-19

Evaluado por:	Delegado de la empresa:	Trabajador:
CARLOS MONTEALEGRE CARDENAS RM.093-01	Nombre:	KERLLY JOHANNA SANTOS CC: 33750705

Desarrollado por Leyro & Barker - Software Tels: 320 448 69 51 - 311 808 58 82

Suministrado por Laborvida I.P.S. correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

LABORVIDA IPS SAS- NIt :900563745
Licencia -Ips :0
CALLE 19 NO. 7A-46 BARRIO QUIRINAL
Tel(s). 8637446 Cel(s). 317363 3943 - 317644 8683
Correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

194195

Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-01-29

DATOS BASICOS



Empresa: **PARTICULAR** Nit: **999999**

Nombres y apellidos: **KERLLY JOHANNA SANTOS** CC: **33750705**

Cargo Actual: **DOCENTE PEDAGOGO**

Fecha Nacimiento: 1985-10-27 Edad: 38 Años Género: Masculino

TIPO DE EXÁMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

No tiene pruebas funcionales.

VACUNACION COVID-19

ANTI COVID -19 / ESQUEMA COMPLETO : ☑ SI --- ULTIMA DOOSIS : 2023-07-04 --- VERIFICACION DEL CARNET : ☑SI

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

Restricciones
Ninguna

OBSERVACIONES

NO

REMISIÓN EPS: ☑ NO
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE Ninguna
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: ☑NO

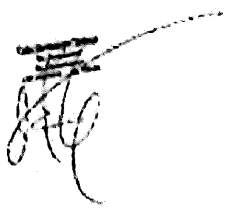
RECOMENDACIONES

AUTOCUIDADO,DIETA SIN AZUCAR AÑADIDA, RESTRICTIVA DE GRASAS ANIMALES NI FRITURAS. RICA EN FIBRAA, EJERCICIO CARDIO MINIMO 30 MINUTOS CADA DIA,HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, HIGIÉNE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE LOS EPP. CONTAR CON LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGUN RESOLUCION 777 DE 2021 PARA CONTENER LA PROPAGACION Y EVITAR EL CONTAGIO DEL COVID-19

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, KERLLY JOHANNA SANTOS, identificado con CC: 33750705, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen medico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:



CARLOS MONTEALEGRE CARDENAS
RM 093-01

Trabajador:

Kerlly Johanna Santos

KERLLY JOHANNA SANTOS
CC: 33750705

Desarrollado por Lauro & Brañez - Software Tels. 320 448 69 51 - 311 808 58 82

Suministrado por: Laborvida I.P.S. correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

Powered by CamScanner

IMESS
Imágenes y Especialidades S.A.S.
Nit: 900,431,131 - 0
Dirección: Calle 17 A No. 6-50
Cel: 317 371 5675 / Tel: 872 18 35
Correo: imesneiva@hotmail.com
Neiva - Colombia

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.845

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	06 MES	2024 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Extranjería CE, Carné de Refugiado CR, Tarjeta de Identidad TI, Pasaporte PA)

GONZALEZ DUSSAN ANA MARIA LUISA	Género	Edad	Tipo	Número
Apellidos y Nombres	FEMENINO	44 AÑOS 8 MESES AÑOS	CC	55152752
			Tipo	Número

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: NO APLICA

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO (CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR)	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACION POR EPS - NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: ORTIZ DUSSAN CLAUDIA MARCELA

R. M.: 0347 L.S.O.: 0962/15

Código de Seguridad
H733N1T12845

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GONZALEZ DUSSAN ANA MARIA LUISA

CC: 55152752

Powered by CamScanner

CERFIT S.A.S
NIT. 901600566
CERTIFICADO MÉDICO
RESOLUCIÓN 3194 DE 2022
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



FECHA ATENCIÓN: 2024-08-17 11:13:07 - **NUM. HISTORIA:** 1081153057

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULAR
Cargo: AGENTE EDUCATIVO **Ciudad:** NEIVA (HUILA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: EDERLE MAGALY BACCA RAMIREZ **EDAD:** 37 **Años 7 Meses**
TEL: 3124653028
ENTIDAD: PARTICULAR

ID: CC 1081153057
GENERO: FEMENINO
DIRECCIÓN: CRA 2 # 9-05
TIPO DE USUARIO: PARTICULAR

FECHA DE NACIMIENTO: 1987-01-30
ESTADO CIVIL: SOLTERA
ARL:
LUGAR DE RESIDENCIA: RIVERA (HUILA)

EXÁMENES REALIZADOS

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL:
EXAMEN MEDICO DE INGRESO
EXÁMENES REALIZADOS:
EXAMEN OCUPACIONAL

CALIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO MÉDICO:
SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR O CONTRATAR
CAUSAL:
NA
OBSERVACIONES:
NA
CONCEPTO MEDICO MANIPULACION DE ALIMENTOS:
N/A
RECOMENDACIONES:
HIDRATACION
PAUSAS A CTIVAS
USO DE EPP

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 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 completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Profesional: OMAR AMAYA RODRIGUEZ
Esp: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LSO 168 DEL 2022

Paciente: EDERLE MAGALY BACCA RAMIREZ **CC:**1081153057

CALLE 23 # 5A BIS-90
NEIVA-HUILA

AURIN
AUDIOLOGIA Y REHABILITACION INTEGRAL IPS S.A.S
AURIN - AUDIOLOGÍA Y REHABILITACION INTEGRAL IPS S.A.S
NIT: 900907721
Dirección: Cll 15 # 7-55 Barrio La Toma
Contacto: 866 6975 - 313 360 6773
e-mail: comercial@aurinips.com.co
Neiva, Huila



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 45.357

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	07 MES	2024 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	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	
CARDOZO PACHECO LEIDY VANESSA	FEMENINO	33 AÑOS 6 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	1075255193 (Número)

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ASISTIR A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE SU EPS.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
	OTROS : REALIZAR ADECUADO MANEJO DE CARGAS	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL. SIN RESTRICCIONES. LAVADO FRECUENTE DE MANOS. NOTA: NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ACTUAL.

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 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: AMAYA RODRIGUEZ OMAR

R. M.: 874 L.S.O.: 168/2022

Código de Seguridad
E583K1Q45357

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARDOZO PACHECO LEIDY VANESSA

CC: 1075255193

CERFIT S.A.S
NIT. 901600566
CERTIFICADO MÉDICO
RESOLUCIÓN 3194 DE 2022
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



FECHA ATENCIÓN: 2025-06-12 17:05:46 - **NUM. HISTORIA:** 26420963

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULAR
Cargo: CONTRATISTA **Ciudad:** NEIVA (HUILA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: MAGDA LORENA OLAYA STERLING
EDAD: 42 **Años** 1 **Meses** 8 **Días**
TEL: 3219050980
ENTIDAD: PARTICULAR

ID: CC 26420963
GENERO: FEMENINO
DIRECCIÓN: CALLE 52 # 1 D 98
TIPO DE USUARIO: PARTICULAR

FECHA DE NACIMIENTO: 1983-05-04
ESTADO CIVIL: CASADO
ARL:
LUGAR DE RESIDENCIA: NEIVA (HUILA)

EXÁMENES REALIZADOS

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL:

EXAMEN MEDICO DE INGRESO

EXÁMENES REALIZADOS:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CALIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO MÉDICO:

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR O CONTRATAR

CAUSAL:

N/A

OBSERVACIONES:

N/A

CONCEPTO MEDICO MANIPULACION DE ALIMENTOS:

N/A

RECOMENDACIONES:

HIDRATACION DE 1 LITRO POR CADA 25 KG DE PESO
PAUSAS ACTIVAS: ESTIRAMIENTO DE CUELLO Y HOMBROS, ELEVACIÓN DE PIERNAS, ROTACIÓN DE MUÑECAS Y TOBILLOS, RESPIRACIÓN PROFUNDA
CUIDADOS EN ALIMENTACION SE SUGIERE HACER CONTROL POR EPS PARA PROGRAMAS DE P Y P Y USO DE EPP
CUIDADOS EN SALUD VISUAL Y AUDITIVA
CUIDAR POSTURAS

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 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

M.D. Libardo Pérez
Universidad de la Sab
R M 509900 99
C. C. 12.200.501

Profesional: LIBARDO PEREZ SANCHEZ
Esp: MEDICINA OCUPACIONAL/MEDICINA FUNCIONAL
509900/99

Paciente: MAGDA LORENA OLAYA STERLING
CC:26420963

CALLE 23 # 5A BIS-90
NEIVA-HUILA

AURIN
AUDIOLOGÍA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL IPS S.A.S
Cll 15 # 7-55 Barrio La Toma
866 6975 - 313 360 6773
comercial@aurinips.com.co
Neiva, Huila



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40,597

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	01 MES	2024 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CASTRO BARRERA MARIA FERNANDA	FEMENINO	32 AÑOS 4 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1075255834 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ASISTIR A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE SU EPS.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL OTROS : REALIZAR ADECUADO MANEJO DE CARGAS	HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL. SIN RESTRICCIONES. LAVADO FRECUENTE DE MANOS. NOTA: NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ACTUAL.

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 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 completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: _____

Nombre: AMAYA RODRIGUEZ OMAR

R. M.: 874 L.S.O.: 168

Código de Seguridad
I583O1U40597

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: CASTRO BARRERA MARIA FERNANDA

CC: 1075255834

Software para el sector salud - www.hiofile.com.co

AURIN - AUDIOLOGÍA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL IPS S.A.S
NIT: 900907721
Dirección: Cll 15 # 7-55 Barrio La Toma
Contacto: 866 6975 - 313 360 6773
e-mail: comercial@aurinips.com.co
Neiva, Huila



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 59.878

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	08 MES	2025 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	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)

GUTIERREZ VILLARREAL KELLY JOHANNA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	32 AÑOS 5 MESES 28 DÍAS	CC	1080185624
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL TIPO DE CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTES FORMULADAS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO SIN RESTRICCIONES CON EXAMEN FISICO Y OSTEOMUSCULAR NORMAL
USO DE GAFAS PERMANENTES, DEBE CONTROLAR SU PESO, DIETA Y EJERCICIOS

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 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dr. Rolando Ramírez Vigara

Nombre: CC: 70322817 - ROLANDO RAMIREZ

R. M.: 194558/1999 L.S.O.: 3376/2022

Código de Seguridad
C583I1O59878

Aspirante o Trabajador

Firma: Kelly J Gutierrez

Nombre: GUTIERREZ VILLARREAL KELLY JOHANNA

CC: 1080185624

Powered by CamScanner

AURIN
Nit. 900907721
Tel. 8666975 - Cel. 313 360 6773
Calle 15 No 7- 55 Barrio La Toma
info@aurinips.com
Neiva- Huila- Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 31.548

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	03 MES	2023 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	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)

FIERRO GARCIA SINDY LORENA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	31 AÑOS 10 MESES 17 DÍAS	CC	1080293545
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VISIOMETRIA	✓	PSICOLOGIA OCUPACIONAL	✓
TRIGLICERIDOS	✓	EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA	✓	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	.....	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO: PROGRAMAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN EPS. EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA : BAJA EN FRITOS Y HARINAS.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL. SIN LIMITACIONES ACTUALES. AUDIOMETRIA NORMAL. VISIOMETRIA NORMAL. GLICEMIA NORMAL. COLESTEROL TOTAL ANORMAL. TRIGLICERIDOS NORMAL. PRUEBA PSICOLOGICA SATISFACTORIA. MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL RESPONSABLE. USO DE TAPABOCAS. LAVADO FRECUENTE DE MANOS. NOTA: NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ACTUAL.

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 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 mi 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CABRERA TOVAR GIOVANNI

R. M.: 2078/1997 L.S.O.: 01542021

Código de Seguridad
J583P1V3154S

Aspirante o Trabajador

SINDY LORENA.

Firma:

Nombre: FIERRO GARCIA SINDY LORENA

CC: 1082233545

AURIN
Audiología y Rehabilitación Integral IPS S.A.S

CONCLUSIÓN		
Destaco que la consultante manifiesta que le gusta trabajar en equipo, así mismo también manifiesta tener experiencia y habilidades que le permiten ser competente para el cargo que se postula.		
CONCEPTO FINAL		
x	Con una buena actitud y habilidad para cumplir con los requisitos exigidos por el cargo.	Diana Victoria Lozano Hernández TP 149811 LIC S S T Res 482/22

Dirección: Calle No. 7-55 B/La Toma (Neiva-Huila)
Teléfono fijo: 8666975 Móvil: 313 360 6773 – 313 817 5318
Email: info@aurinips.com.co

AURIN
Audiología y Rehabilitación Integral IPS S.A.S

Calle 15 # 7 – 55

e-mail: info@aurinips.com.co Tel: 8666975

Fecha: 31/03/2023 09:22 SEDE: Principal

Paciente: SINDY LORENA FIERRO GARCIA **Recepción:** 12041 **Sala:** N/A
Edad: 31 A **Sexo:** Femenino **Identificación:** 1080293545 **Fecha recepción:** 31/03/2023 07:45
F.Nac: 13/05/1991 **Teléfonos:** **Médico :** No Asignado
Empresa: PARTICULARES

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Química		
		F. Reportado: 31/03/2023 09:22
Colesterol total sérico	** **258 mg/dl**	0 a 190 mg/dl
COMENTARIO	DATO CONFIRMADO EN LA MISMA MX	
		F. Reportado: 31/03/2023 08:13
Glucosa sanguinea	80 mg/dl	70 a 110 mg/dl
		F. Reportado: 31/03/2023 08:13
Triglicéridos sérico	62 mg/dl	0 a 150 mg/dl

Jairo Alberto Cardenas Báez
Bacteriologo
C.C. 1092344047

CERFIT S.A.S
NIT. 901600566
CERTIFICADO MÉDICO
RESOLUCIÓN 3194 DE 2022
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



FECHA ATENCIÓN: 2025-05-07 10:32:57 - NUM. HISTORIA: 1077864478

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULAR
Cargo: DOCENTE **Ciudad:** NEIVA (HUILA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: YESSICA XIMENA AVILES HERNANDEZ
EDAD: 32 **Años** 6 **Meses** 27 **Días**
TEL: 3224688792
ENTIDAD: PARTICULAR
ID: CC 1077864478
GENERO: FEMENINO
DIRECCIÓN: CALLE 18 E SUR # 31 - 38
TIPO DE USUARIO: PARTICULAR
FECHA DE NACIMIENTO: 1992-10-10
ESTADO CIVIL: SOLTERO
ARL:
LUGAR DE RESIDENCIA: NEIVA (HUILA)

EXÁMENES REALIZADOS

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL:

EXAMEN MEDICO DE INGRESO

EXÁMENES REALIZADOS:

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
BIODY XPERT RIESGO BAJO

CALIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO MÉDICO:

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR O CONTRATAR

CAUSAL:

N/A

OBSERVACIONES:

N/A

CONCEPTO MEDICO MANIPULACION DE ALIMENTOS:

N/A

RECOMENDACIONES:

HIDRATACION DE 1 LITRO POR CADA 25 KG DE PESO
PAUSAS ACTIVAS: ESTIRAMIENTO DE CUELLO Y HOMBROS, ELEVACIÓN DE PIERNAS, ROTACIÓN DE MUÑECAS Y TOBILLOS, RESPIRACIÓN PROFUNDA
CUIDADOS EN ALIMENTACION SE SUGIERE HACER CONTROL POR EPS PARA PROGRAMAS DE P Y P Y USO DE EPP
CUIDADOS EN SALUD VISUAL Y AUDITIVA

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 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 completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Yessica Aviles

Profesional: LIBARDO PEREZ SANCHEZ
Esp: MEDICINA OCUPACIONAL/MEDICINA FUNCIONAL
509900/99

Paciente: YESSICA XIMENA AVILES HERNANDEZ
CC:1077864478

CALLE 23 # 5A BIS-90
NEIVA-HUILA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

LABORVIDA IPS SAS- Nit :900563745
Licencia -Ips :0
CALLE 19 NO. 7A-46 BARRIO QUIRINAL
Tel(s). 8637446 Cel(s). 317363 3943 - 317644 8683
Correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

197013

Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-02-23

DATOS BASICOS

Empresa:	**PARTICULAR**	Nit:	999999
Nombres y apellidos:	**LUZ NEYDA BOBADILLA CARVAJAL**	CC:	55165366
Cargo Actual:	**AGENTE EDUCATIVA**		
Fecha Nacimiento:	*1973-02-27* *Edad: 50 Años*	*Género: Femenino*	



TIPO DE EXÁMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

No tiene pruebas funcionales.

VACUNACION COVID-19

ANTI COVID -19 / ESQUEMA COMPLETO : ☑ SI ••• ULTIMA DOOSIS : 2022-02-16 ••• VERIFICACION DEL CARNET : ☑NO

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO; SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

Restricciones
Ninguna

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO.

REMISIÓN EPS: ☑ NO
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE Ninguna
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: ☑NO

RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS. REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, LUZ NEYDA BOBADILLA CARVAJAL, identificado con CC: 55165366, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

Zully Hasdelvi Polo C.
MEDICO ESP. EN SST
R.M. 1201/2010 - LSST. 1903 2017

ZULLY HASDELVI POLO CERQUERA
1903-2017

Trabajador:

Luz Neyda Bobadilla Carvajal

LUZ NEYDA BOBADILLA CARVAJAL
CC: 55165366

Desarrollado por Lauro G. Briñez - Software Tels: 323 448 69 51 - 311 808 58 82

Suministrado por: Laborvida I.P.S. correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

IPS MASSALUD SAS
No. Identificación 900563300-5
Dirección: Calle 17 Nro 6-52 Neiva
Telefono: 8718978-8642201
Email: massaludips@hotmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	NEIVA - 2024/02/05	Nro Ingreso:	2024020502023
Paciente:	JULLY MARITZA FLOREZ CARDOSO	CC:	36307634
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	CLIENTES CONTADO
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	PSICOLAGA		
Origen:	A QUIEN INTERESE	Destino:	0
Fecha Atención:	2024-02-05 08:24:27		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	PUEDE DESEMPEÑAR LA ACTIVIDADES DEL CARGO,CON LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	1.FOMENTAR EL AUTOCUIDADO Y LA PRACTICA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD: ()1.MENTAL, (X)2.OSTEOMUSCULAR, ()3.AUDITIVA, (X)4.VISUAL, ()5.RESPIRATORIA, (X)6.NUTRICIONAL, ()7.METABOLICA, ()8.CARDIOVASCULAR. ()9.ENDOCRINA, 10. (X)OTRA:DERMATOLOGICA 2.SEGUIMIENTO EN PROGRAMAS PREVENTIVOS:()NO,(X)SI: ()1.PSICOSOCIAL, (X)2.OSTEOMUSCULAR, ()3.AUDITIVO, ()4.VISUAL, ()5.RESPIRATORIA, (X)6.ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: (X) 6.1 CONTROL NUTRICIONAL- CONTROL DE PESO ()SEMANAL, ()QUINCENAL, ()MENSUAL,()TRIMESTRAL,()SEMESTRAL, ().6.2.ALIMENTACION BALANCEADA -()6.3.CONTROL METABOLICO ()PERFIL LIPIDICO, ()GLUCOSA, ,()6.4.CONTROL CARDIOVASCULAR- PRESION ARTERIAL, ()6.5.PREVENCION DEL CONSUMO DE CIGARRILLO. (X)6.6. VACUNACION:FOMENTAR COVID - DOSIS DE REFUERZO. 3.CONTROL POR EPS:()NO,(X)SI. 4.MANTENER ENTORNOS SEGUROS. ()USO DE CORRECCIÓN VISUAL DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL. 5. PRESENTA VULNERABILIDAD PARA COMPLICACIONES EN CASO DE CONTAGIO POR COVID:()NO, (X)SI: (X)NUTRICIONALES,IMC>30, ()CARDIOVASCULARES, ()RESPIRATORIAS, ()EDAD, ()ENDOCRINA, ()NO VACUNACION, ()OTRA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	SintomAtico. Con susceptibilidades
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SUSCEPTIBILIDADES : A. 1. EDAD (MENOR DE 18 Y MAYOR DE 45) ()SI,(X)NO . B.1. CONDICIONES MEDICAS O HALLAZGOS AL EF O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: () SI,(X)NO. B.2 ANTECENTES TRAUMÁTICOS: ()SI,(X)NO. B.3: FUMADOR:() SI,(X)NO. C. ACTIVIDADES EXTRA LABORALES ()SI,(X)NO. D. SEDENTARISMO: ()SI,(X)NO. E. INDICE DE MASA CORPORAL: (MENOR 18 MAYOR 27) (X)SI,()NO"

Recomendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	Realizacion Pruebas Complementarias	Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	Remitir a EPS	

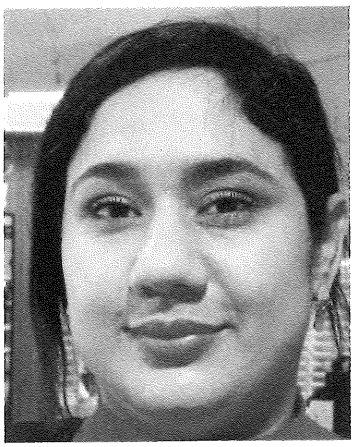
Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.
Piel:	Uso de protecciòn adecuada en zonas expuestas a agentes irritantes. Reportar la aparicion de reacciones adversas en piel.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

CERFIT S.A.S
NIT. 901600566
CERTIFICADO MÉDICO
RESOLUCIÓN 3194 DE 2022
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



FECHA ATENCIÓN: 2025-05-07 15:31:53 - **NUM. HISTORIA:** 1077853273

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULAR
Cargo: PSICOLOGA **Ciudad:** NEIVA (HUILA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: LINA MARIA MURCIA LUNA
EDAD: 35 **Años** 10 **Meses** 26 **Días**
TEL: 3125110709
ENTIDAD: PARTICULAR
ID: CC 1077853273
GENERO: FEMENINO
DIRECCIÓN: CALLE 5 8 # 23
TIPO DE USUARIO: PARTICULAR
FECHA DE NACIMIENTO: 1989-06-11
ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE
ARL:
LUGAR DE RESIDENCIA: NEIVA (HUILA)

EXÁMENES REALIZADOS

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL:

EXAMEN MEDICO DE INGRESO

EXÁMENES REALIZADOS:

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CALIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO MÉDICO:

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR O CONTRATAR

CAUSAL:

N/A

OBSERVACIONES:

N/A

CONCEPTO MEDICO MANIPULACION DE ALIMENTOS:

N/A

RECOMENDACIONES:

HIDRATACION DE 1 LITRO POR CADA 25 KG DE PESO
PAUSAS ACTIVAS: ESTIRAMIENTO DE CUELLO Y HOMBROS, ELEVACIÓN DE PIERNAS, ROTACIÓN DE MUÑECAS Y TOBILLOS, RESPIRACIÓN PROFUNDA
CUIDADOS EN ALIMENTACION POR SOBREPESO SE SUGIERE HACER CONTROL POR EPS PARA PROGRAMAS DE P Y P Y USO DE EPP
CUIDADOS EN SALUD VISUAL Y AUDITIVA

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 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 completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Profesional: LIBARDO PEREZ SANCHEZ
Esp: MEDICINA OCUPACIONAL/MEDICINA FUNCIONAL
509900/99

Paciente: LINA MARIA MURCIA LUNA
CC:1077853273

CALLE 23 # 5A BIS-90
NEIVA-HUILA

AURIN

Nit. 900907721
Tel. 8666975 - Cel. 313 360 6773
Calle 15 No 7- 55 Barrio La Toma
info@aurinips.com
Neiva- Huila- Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 35.350

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	08 MES	2023 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	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)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CASTRO CABRERA DIEGO MAURICIO	MASCULINO	28 AÑOS 2 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1075288731 (Numero)
Apellidos y Nombres				

Cargo
PSICOLOGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MEDICO : CONTINUAR POR PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE SU E.P.S	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL

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 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERRERA CARVAJAL CARLOS DARIO

R. M.: 477 L.S.O.: 1839 DE 2016

Código de Seguridad
C583I1O35350

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CASTRO CABRERA DIEGO MAURICIO

CC: 1075288731

Powered by CamScanner



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4
Calle 18 No 5ª-48 NEIVA - HUILA , TEL (8) 874 5789. CEL: 318291759'
Barrio Quirinal - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Pilar Del Socorro Claros Orozco	1075287276	42260
Empresa:	PARTICULARES	**Fecha Nacimiento:**	29/03/1995
Direccion:	CALLE64A#3-27 | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
62179	Femenino	29	Años	Soltero	Profesional Universitari	NEIVA	19/11/2024 14:31:39

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	NO REFIERE	Cargo:	PSICOLOGA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE II		Estrato:	[2] - Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☑ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilización de EPP. Pausas activas Laborales 2 veces al día. SEGUN I.M.C.: Bajar de peso. Alimentación balanceada baja en harinas, grasas y fritos (gaseosas-pan-chocolates y dulces-comida chatarra). Ejercicio físico 3 veces por semana (bicicleta-natación-futbol-atletismo, caminar entre otros). Control por su EPS por Nutrición para seguimiento al peso, manejo y dieta. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Cardiovascular.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de Trabajo y Protección Social, reglamenta la práctica de las evaluaciones médicas con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Thu Nov 2024 11/14/24 07:28:32

Mario Fernando Duque Olaya / RM: R.M 1150/2010
USCO
L.S.O 008/2015

19/11/2024 14:34:51

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Tue Nov 2024 11/19/24 14:11:37

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA NEIVA

RECOMENDACIONES PARA EL DESEMPEÑO LABORAL Y CUIDADO DE LA SALUD

laborvida
NIT 900.563.715-6 ips

197192
Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-02-24

DATOS BASICOS

Empresa:	**PARTICULAR**	NIT:	999999
Nombres y apellidos:	**CAROLINA OLAYA VERA**	CC:	36066708
Cargo Actual:	**AUXILIAR PEDAGOGICO**		
Fecha Nacimiento:	1979-03-05 Edad: 44 Años	Género: Femenino	



SE CONSIDERA QUE EL Sr(a) CAROLINA OLAYA VERA PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS EN EL PRESENTE INFORME U OTRAS QUE LA EMPRESA DEFINA ASIGNARLE SIEMPRE Y CUANDO SE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES LABORALES QUE MAS ADELANTE SE DETALLAN. ESTO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN RIESGOS LABORALES.

Recuerde presentar a su empleador la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) de la empresa.

RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES LABORALES, BAJAR DE PESO

Evaluado por:	Delegado de la empresa:	Trabajador:
JUAN PABLO TOLEDO MANCHOLA REGISTRO NO. 1893/2009LSO 2535/22	Nombre:	CAROLINA OLAYA VERA CC: 36066708

Desarrollado por Leuro & Brifez - Software Tels: 320 448 69 51 - 311 803 58 82

Laborvida IPS, correo: direccionmedica@laborvidaips.com

RECOMENDACIONES PARA EL DESEMPEÑO LABORAL Y CUIDADO DE LA SALUD

laborvida
NIT 900.563.745-9 ips

197078
Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-02-23

DATOS BASICOS

Empresa	**PARTICULAR**	Nit.	**999999**
Nombres y apellidos	**LUCY INES VANEGAS SANCHEZ**	CC	**52053246**
Cargo Actual	**AUXILIAR**		
Fecha Nacimiento	1972-06-06 Edad: 51 Años	Género: Femenino	



SE CONSIDERA QUE EL Sr(a) LUCY INES VANEGAS SANCHEZ PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS EN EL PRESENTE INFORME U OTRAS QUE LA EMPRESA DEFINA ASIGNARLE SIEMPRE Y CUANDO SE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES LABORALES QUE MAS ADELANTE SE DETALLAN. ESTO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN RIESGOS LABORALES.

Recuerde presentar a su empleador la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) de la empresa.

RECOMENDACIONES

AUTOCUIDADO,DIETA SIN AZUCAR AÑADIDA, RESTRICTIVA DE GRASAS ANIMALES NI FRITURAS. RICA EN FIBRAA, EJERCICIO CARDIO MINIMO 30 MINUTOS CADA DIA,HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE LOS EPP. CONTAR CON LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SEGUN RESOLUCION 777 DE 2021 PARA CONTENER LA PROPAGACION Y EVITAR EL CONTAGIO DEL COVID-19

Evaluado por:	Delegado de la empresa:	Trabajador:
CARLOS MONTEALEGRE CARDENAS RM.093-01	Nombre:	LUCY INES VANEGAS SANCHEZ CC: 52053246

Desarrollado por Learo & Brinez - Software Tels: 320 448 69 51 - 311 808 58 87

Suministrado por Laborvida I.P.S. Correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

RECOMENDACIONES PARA EL DESEMPEÑO LABORAL Y CUIDADO DE LA SALUD

laborvida
NIT 900.563.745-9 ips

197162
Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-02-24

DATOS BASICOS

Empresa: **PARTICULAR** Nit: **999999**

Nombres y apellidos: **LUZ DARY HERNANDEZ DE TOVAR** CC: **36172052**

Cargo Actual: **AUXILIAR**

Fecha Nacimiento: 1963-07-02 Edad: 60 Años Género: Femenino



SE CONSIDERA QUE EL Sr(a) LUZ DARY HERNANDEZ DE TOVAR PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS EN EL PRESENTE INFORME U OTRAS QUE LA EMPRESA DEFINA ASIGNARLE SIEMPRE Y CUANDO SE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES LABORALES QUE MAS ADELANTE SE DETALLAN. ESTO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN RIESGOS LABORALES.

Recuerde presentar a su empleador la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) de la empresa.

REMISIÓN EPS: ☑ SI POR QUÉ?: VALORACION POR NUTRICION

RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, BAJAR DE PESO.

Evaluado por:

ZULLY HASDELVI POLO CERQUERA
1903-2017

Delegado de la empresa:

Nombre:

Trabajador:

LUZ DARY HERNANDEZ DE TOVAR
CC: 36172052

Desarrollado por Leuro & Briñez - Software Tels: 320 448 69 51 - 311 808 58 82

Suministrado por: Laborvida I.P.S. correo: direccionadministrativo@laborvidaips.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

LABORVIDA IPS SAS- Nit :900563745
Licencia -Ips :0
CALLE 19 NO. 7A-46 BARRIO QUIRINAL
Tel(s). 8637446 Cel(s). 317363 3943 - 317644 8683
Correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

158922
Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2023-02-15

DATOS BASICOS

Empresa: **FUNDACION SOCIAL FAMILIA, MUJER, ADOLESCENCIA, INFANCIA CON AMOR** Nit: **900566827**

Nombres y apellidos: **LUZ MARINA CORTES** CC: **36176554**

Cargo Actual: **DOCENTE 2 TR**

Fecha Nacimiento: 1964-01-02 Edad: 59 Años Genero: Femenino



TIPO DE EXÁMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Pruebas Funcionales: ☑ VISIOMETRIA ☑ AUDIOMETRÍA
Laboratorios: ☑ COLESTEROL TOTAL ☑ TRIGLICÉRIDOS ☑ GLICEMIA

VACUNACION COVID-19

ANTI COVID -19 / ESQUEMA COMPLETO : ☑ SI ••• ULTIMA DOOSIS : 2022-01-04 ••• VERIFICACION DEL CARNET : ☑NO

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: CON RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. CON RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR.
Restricciones
- PERMITIR MANIPULACION DE CARGAS HASTA 5 KG - PERMITIR DESPLAZAMIENTO POR TERRENO REGULAR, EVITAR MARCHA PROLONGADAS ASI COMO SUBIR Y/O BAJAR ESCALERAS EN FORMA REPETITIVA - PERMITIR CAMBIOS DE POSICION BIPEDA A SEDENTE SEGUN FATIGA

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

REMISIÓN EPS: ☑ SI POR QUÉ?: CONTINUAR CONTROLES EN SU EPS
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE OSTEOMUSCULAR
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: ☑NO

RECOMENDACIONES

SE EMITEN RESTRICCIONES Y/O RECOMENDACIONES: - PERMITIR MANIPULACION DE CARGAS HASTA 5 KG - PERMITIR DESPLAZAMIENTO POR TERRENO REGULAR, EVITAR MARCHA PROLONGADAS ASI COMO SUBIR Y/O BAJAR ESCALERAS EN FORMA REPETITIVA - PERMITIR CAMBIOS DE POSICION BIPEDA A SEDENTE SEGUN FATIGA SEGUIMIENTO MEDICO OCUPACIONAL CON HISTORIA CLINICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, LUZ MARINA CORTES, identificado con CC: 36176554, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

JUAN CAMILO GUEVARA RUIZ

Trabajador:

LUZ MARINA CORTES

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
DIAGNOSTICO OCUPACIONAL
LABORVIDA IPS SAS- Nit :900563745
Licencia -Ips :0
CALLE 19 NO. 7A-46 BARRIO QUIRINAL
Tel(s). 8637446 Cel(s). 317363 3943 - 317644 8683
Correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

Gestionar servicios empresariales

Nit 1075218765-1
Dirección CARRERA 9 # 11-13, Centro medico La Sabana, oficina 404, barrio La Toma.
Neiva Huila
Teléfonos 315 272 1766 / 315 544 5529
Correo electrónico gestionar.neiva@gmail.com



N° 2.353

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES 01	PARTICULARES 01
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjeria, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

ANDRADE CARDOZO MARTHA PATRICIA	Genero: FEMENINO	Edad: 49 AÑOS 10 MESES 7 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo) 55171015 (Número)
Apellidos y Nombres			

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

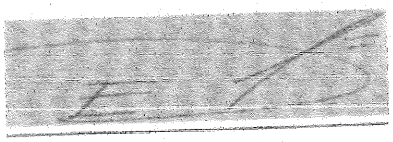
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP : SEGÚN EXPOSICIÓN A RIESGOS	HABITOS SALUDABLES
VALOPACIÓN POR EPS CONTINUAR SEGUIMIENTO EN SU ENTIDAD DE SALUD POR NEUROLOGIA	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	NO ALZAR PESO MAYOR DE 8 KG	ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
	CAPACITACIÓN: RELACIONADA CON SST	HACER DEPORTE
	OTROS	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN DISPONIBLE Y EL EXAMEN REALIZADO SE CLASIFICA COMO NO CASO.

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 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 mi 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



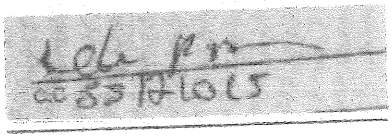
Firma:

Nombre: OBANDO BRAVO EDGAR ANDRES

R. M.: 565-2012 L.S.O.: 533-2017

Código de Seguridad T133371F2353

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ANDRADE CARDOZO MARTHA PATRICIA

CC: 55171015

CERFIT S.A.S
NIT. 901600566
CERTIFICADO MÉDICO
RESOLUCIÓN 3104 DE 2022
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



FECHA ATENCIÓN: 2025-03-04 08:21:27 - NUM HISTORIA: 36167151

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON
Ciudad: NEIVA (HUILA)
Cargo: AUXILIAR PEDAGOGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: IRMA MUNOZ DIAZ
EDAD: 63 AÑos 6 Meses 28 Dias
TEL: 3221344897
ENTIDAD: CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON
ID: CC 36167151
GENERO: FEMENINO
DIRECCIÓN: CRA 409 # 29 B 03
TIPO DE USUARIO: PARTICULAR
FECHA DE NACIMIENTO: 1961-08-05
ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE
ARL:
LUGAR DE RESIDENCIA: NEIVA (HUILA)

EXÁMENES REALIZADOS

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL:
EXAMEN MEDICO DE INGRESO
EXÁMENES REALIZADOS:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CALIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO MÉDICO:
CON RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR O CONTRATAR
CAUSAL:
VER RECOMENDACIONES
OBSERVACIONES:
MANIPULACION DE CARGAS NO MAYOR A 10 KG Y NO HACER LEVANTAMIENTO POR ENCIMA DE HOMBROS
CONCEPTO MEDICO MANIPULACION DE ALIMENTOS:
N/A
RECOMENDACIONES:
HIDRATACION DE 1 LITRO POR CADA 25 KG DE PESO
PAUSAS ACTIVAS. ESTIRAMIENTO DE CUELLO Y HOMBROS, ELEVACIÓN DE PIERNAS, ROTACIÓN DE MUÑECAS Y TOBILLOS, RESPIRACIÓN PROFUNDA
CUIDADOS EN ALIMENTACION POR OBESIDAD SE EXPLICA PUNTUALMENTE CUIDADOS PARA DISMINUIR RIESGO METABOLICO CON DX DE HTA Y DIABETES
SE SUGIERE HACER CONTROL POR EPS PARA PROGRAMAS DE P Y P
USO DE EPP
CUIDADOS EN SALUD VISUAL Y AUDITIVA
CUIDADOS EN POSTURAS
CUIDADOS EN LEVANTAMIENTO DE CARGAS POR SD DE MANGUITO ROTADOR DERECHO

Consentumiento 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 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 mi 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Profesional: LIBARDO PEREZ SANCHEZ
Esp: MEDICINA OCUPACIONAL/MEDICINA FUNCIONAL
509900/99

Paciente: IRMA MUÑOZ DIAZ
CC:36167151

CALLE 23 # 5A BIS-90
NEIVA-HUILA

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

LABORVIDA IPS SAS- Nit :900563745
Licencia Ips: 0
CALLE 19 NO. 7A-46 BARRIO QUIRINAL
Tel(s). 8637446 Cel(s). 317363 3943 - 317644 8683
Correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

laborvida
NIT 900.563.745-9 ips

197161
Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-02-24

DATOS BASICOS

Empresa: **PARTICULAR** Nit **999999**

Nombres y apellidos: **NANCY GONZALEZ** CC **36183626**

Cargo Actual: **AGENTE EDUCATIVO**

Fecha Nacimiento: 1963-11-26 Edad: 60 Años Género: Femenino



TIPO DE EXAMEN

☑ INGRESO ☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

No tiene pruebas funcionales

VACUNACION COVID-19

ANTI COVID -19 / ESQUEMA COMPLETO ☑ SI ··· ULTIMA DOOSIS 2022-01-18 ··· VERIFICACION DEL CARNET ☑SI

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL (Este concepto está sujeto a profesiograma de la empresa.)

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Restricciones
Ninguna

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

REMISION EPS ☑ SI POR QUE? CONTINUAR CONTROLES EN EPS
REMISION ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNOSTICOS ☑ NO
PVE Ninguna
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL ☑NO

RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR LAS TAREAS SEGUN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES LABORALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, NANCY GONZALEZ, identificado con CC 36183626, acepto la práctica de los exámenes médicos ocupacionales que incluyen pruebas complementarias necesarios y relacionados con el cargo a desempeñar. Comprendo el objetivo de la evaluación, el alcance de los exámenes complementarios, y cualquier riesgo asociado que el examinador haya explicado. Autorizo la realización de estos exámenes y entiendo que el resultado de la misma será comunicado a la empresa empleadora y a las entidades correspondientes. Confirmo que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que mi consentimiento es voluntario.

Evaluado por:

JUAN PABLO TOLEDO MANCHOLA
REGISTRO No. 1843/2009/SO 2556-22

Trabajador:

NANCY GONZALEZ
CC 36183626

Documento generado por Laborvida IPS SAS - Software Clínico APO 448 69 51 - 311 838 58 80

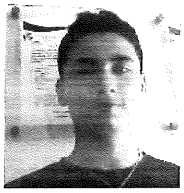
Software clínico para Laborvida IPS SAS - www.laborvidaips.com

IPS MASSALUD SAS
No. Identificación 900563300-5
Dirección: Calle 17 Nro 6-52 Neiva
Teléfono: 8718978-8642201
Email: massaludips@hotmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	NEIVA - 2025/05/23	Nro Ingreso:	2025052302022
Paciente:	CRISTHIAN STIVEN MONTES ROJAS	CC:	1115942845
Edad:	19 años	Nombre Cliente:	CLIENTES CONTADO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	AUXILIAR PEDAGOGICO		
Origen:	TRABAJADOR INDEPENDIENTE - CONTRATISTA	Destino:	A QUIEN INTERESE
Fecha Atención:	2025-05-23 11:47:26		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS LABORATORIO CLINICO **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO - CON APTITUDES ADECUADAS PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	OSTEOMUSCULAR:NO CASO/OSTEOMUSCULAR: NOT CASE
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SUSCEPTIBILIDADES : (X)NO,()SI:

Recomendaciones Generales

Examen Periódico Ocupacional	Realización Pruebas Complementarias	Continuar Manejo Médico
Pausas Activas	Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS MASSALUD SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: FLOR ALBA MOLINA RAMIREZ 0

Registro M.D: 41842001

Licencia S.O: 0578 2009 SSC - Renovada Resolución 725 /2019

Firma del Paciente: CRISTHIAN STIVEN MONTES ROJAS

Identificación: CC. - 1115942845

CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2024-03-04 09:15:33

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE DEICY QUIZA CABRERA

Nº DOC. CC - 26430585

ESTADO CIVIL SOLTERO

AÑOS: 39 MESES: 0 DIAS: 16

EMPRESA:PARTICULARES

FECHA DE NACIMIENTO 1985-02-17

ACOMPAÑANTE

DIRECCIÓN CLL 22A #53 80

PROCEDENCIA 41411

TELÉFONO 3112383342

RESPONSABLE

OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES

CARGO: AUXILIAR PEDAGOGICA

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD

EXÁMENES A REALIZAR

☐ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☐ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA

☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☐ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

☐ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTRO:

EXÁMENES PRACTICADOS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:

☐ APLAZADO MOTIVO:

☐ NO APTO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES

☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS

☐ APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☐ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ NORMAL ☐ ANORMAL

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ACEPTABLE, SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN SU CARGO SEGUN NECESIDAD, TENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ENFOCADOS EN UNA DIETA BALANCEADA Y LA ACTIVIDAD FISICA. DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS ESTIPULADOS PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o

Powered by CamScanner

CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2024-03-04 09:05:56

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE INGRIF LORENA SANCHEZ SUAREZ

Nº DOC. CC - 1075301792 DIRECCIÓN CLL 12 #1G 71

ESTADO CIVIL SOLTERO PROCEDENCIA 41411

AÑOS: 27 MESES: 1 DIAS: 14 TELÉFONO 3059305130

EMPRESA:PARTICULARES

FECHA DE NACIMIENTO 1997-01-19 RESPONSABLE

ACOMPAÑANTE

OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES

CARGO: AUXILIAR PEDAGOGICO

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD

EXÁMENES A REALIZAR

☐ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☐ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA

☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☐ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

☐ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTRO:

EXÁMENES PRACTICADOS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:

☐ APLAZADO MOTIVO:

☐ NO APTO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES

☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS

☐ APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☐ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ NORMAL ☐ ANORMAL

EXAMEN DE EGRESO

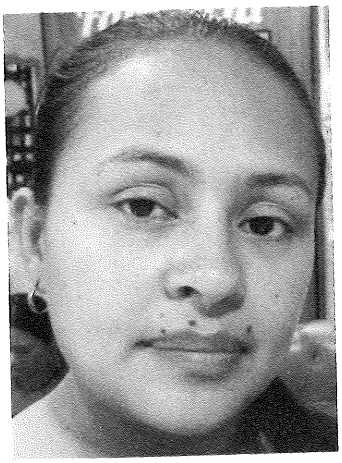
☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ACEPTABLE, SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN SU CARGO SEGUN NECESDIAD, MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ENFOCADOS A CONTROL DEL PESO, DIETA BALANCEADA Y AUMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA. DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES. CONTINUAR RECOMENDACIONES DADAS POR NUTRICION EN SU EPS.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o

CERFIT S.A.S
NIT. 901600566
CERTIFICADO MÉDICO
RESOLUCIÓN 3194 DE 2022
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



FECHA ATENCIÓN: 2025-05-06 08:35:25 - **NUM. HISTORIA:** 1007186223

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULAR
Cargo: AUXILIAR DE PEDAGOJIA INFANTIL
Ciudad: NEIVA (HUILA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: SANDY KATHERINE SALAS MORENO
EDAD: 29 **Años** 11 **Meses** 13 **Días**
TEL: 3103335304
ENTIDAD: PARTICULAR
ID: CC 1007186223
GENERO: FEMENINO
DIRECCIÓN: CALLE 51 # 1 A 40
TIPO DE USUARIO: PARTICULAR
FECHA DE NACIMIENTO: 1995-05-23
ESTADO CIVIL: SOLTERO
ARL:
LUGAR DE RESIDENCIA: NEIVA (HUILA)

EXÁMENES REALIZADOS

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL:
EXAMEN MEDICO DE INGRESO
EXÁMENES REALIZADOS:
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CALIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO MÉDICO:
SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A CONTRATAR
CAUSAL:
N/A
OBSERVACIONES:
N/A
CONCEPTO MEDICO MANIPULACION DE ALIMENTOS:
N/A
RECOMENDACIONES:
HIDRATACION
PAUSAS ACTIVAS
CUIDAR POSTURAS
CUIDADOS EN SALUD VISUAL Y AUDITIVA
UOS DE E PP

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 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 completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Profesional: LIBARDO PEREZ SANCHEZ
Esp: MEDICINA OCUPACIONAL/MEDICINA FUNCIONAL
509900/99

Paciente: SANDY KATHERINE SALAS MORENO
CC:1007186223

CALLE 23 # 5A BIS-90
NEIVA-HUILA

RECOMENDACIONES PARA EL DESEMPEÑO LABORAL Y CUIDADO DE LA SALUD

laborvida
NIT 900.563.745-9 ips

194315
Ciudad de Expedición: NEIVA - HUILA

Fecha de Reconocimiento: 2024-01-30

DATOS BASICOS

Empresa: **PARTICULAR** Nit: **999999**

Nombres y apellidos: **NATALY SANCHEZ MENDEZ** CC: **1075234016**



Cargo Actual: **SECRETARIA**

Fecha Nacimiento: 1989-01-22 Edad: 35 Años Género: Femenino

SE CONSIDERA QUE EL Sr(a) NATALY SANCHEZ MENDEZ PUEDE DESEMPEÑAR FUNCIONES DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DADAS EN EL PRESENTE INFORME U OTRAS QUE LA EMPRESA DEFINA ASIGNARLE SIEMPRE Y CUANDO SE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES LABORALES QUE MAS ADELANTE SE DETALLAN. ESTO DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN RIESGOS LABORALES.

Recuerde presentar a su empleador la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) de la empresa.

RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, BAJAR DE PESO.

Evaluado por:

Zully Hasdelvi Polo C.
MEDICO ESP. EN SST
R.M. 1241/2010 - LSST. 1903 2017

ZULLY HASDELVI POLO CERQUERA
1903-2017

Delegado de la empresa:

Nombre:

Trabajador:

NATALY SANCHEZ MENDEZ
CC: 1075234016

Desarrollado por Leuro & Briñez - Software Tels: 320 448 69 51 - 311 808 58 82

Suministrado por: Laborvida I.P.S. correo: direccionadministrativa@laborvidaips.com

MEDICINA DEL TRABAJO

DRA. CLAUDIA MILE QUIROZ BOTINA

RM : 860003-11 TP 23/86

CERTIFICADO MEDICO LABORAL DE INGRESO

RESOLUCION N°270 DE 2018

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

NOMBRE DE LA EMPRESA: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF	FECHA: 2 JUNIO 2025 HORA DE ATENCION: 8 : 35

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: INGRID CAROLINA ERAZO BOTINA		
CC: 1193201186	EDAD: 23	SEXO: M ☐
PROFESION: NUTRICIONISTA DIETISTA **CARGO: NUTRICIONISTA DIETISTA** **EPS : EMSSANAR** **ARL: -** **PENSION: -** **VACUNA SARS COV 2/: INMUNIZADO** **RIESGO: Biológico Biomecánico y psicosocial**	Teléfono: 3106220466	F x ☒

TIPO DE EXAMEN ENFASIS OSTEOMUSCULAR – OPTOMETRIA		
EXAMEN PRE OCUPACIONAL ☒	PERIODICO ☐	ESPACIOS CONFINADOS ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA	X	ESPIROMETRIA		AUDIOMETRIA	X
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA		LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO – CREATININA- GLUCOSA- UROANALISIS, VDRL- VIH-	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL (sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO	X	APTO ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICUDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. **APTO PARA EL INGRESO** X ☒
2. **APTO EN APTITUD FÍSICA Y MENTAL** x ☒
5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA PARA ESTE CARGO.

RECOMENDACIONES

*Mediante protocolo de bioseguridad y teniendo en cuenta todas las recomendaciones del ministerio de salud y de los entes internacionales por la OIT, Se evalúa trabajador de 23 años _ quien acude a su examen laboral de ingreso , niega accidentes de trabajo , actualmente en buenas condiciones generales, no asocia patología de origen general que interfiere con sus actividades laborales, , manejando T/A 120 / 80 **VISIOMETRIA** : Reporta AV 20/ 20 sin corrección visión de profundidad sin alteración, campimetría y discriminación de colores no evidencia, pruebas para equilibrio estático sin alteración. **RECOMENDACIONES**: Se recomienda higiene postural pausas activas, puesto de trabajo ergonómico, de igual manera se recomienda proveer todos los elementos de protección personal para ejecutar sus labores, utilizar adecuadamente los elementos de protección personal, ingresar al sistema de vigilancia Epidemiológica del SGSST de la Empresa. **APTO PARA EL INGRESO CUMPLE CON LOS CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO.***

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
ESP. MEDICINA DEL TRABAJO
RM 23/86

Ingrith Erazo

FIRMA DEL TRABAJADOR
CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Powered by CamScanner

	MEDICINA DEL TRABAJO **DRA. CLAUDIA MILE QUIROZ BOTINA** **RM : 860003-11 TP 23/86**
	CERTIFICADO MEDICO LABORAL DE INGRESO **RESOLUCION N°270 DE 2018**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

NOMBRE DE LA EMPRESA: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	**FECHA: 19 MAYO 2025** **HORA DE ATENCION: 5 : 30**	
DATOS DEL TRABAJADOR		
NOMBRE: ANDREA GISELA ENRIQUEZ ENRIQUEZ		
CC: 1.193.469.794	**EDAD: 23**	**SEXO: M** ☐
PROFESION: NUTRICIONISTA **CARGO: NUTRICIONISTA DIETISTA DE LA FUNDACION CRECIENDO JUNTOS CON AMOR.** **EPS : EMSSANAR** **ARL: -** **PENSION: -** **VACUNA SARS COV 2/: INMUNIZADO** **RIESGO: Biológico Biomecánico y psicosocial**	**Teléfono:** **3158371665**	**F X** ☑

TIPO DE EXAMEN ENFASIS OSTEOMUSCULAR – CARDIOVASCULAR		
EXAMEN PRE OCUPACIONAL ☑	**PERIODICO** ☐	**ESPACIOS CONFINADOS** ☐

DIAGNOSTICO(S)					
OPTOMETRIA	X	**ESPIROMETRIA**	X	**AUDIOMETRIA**	X
ELECTROCARDIOGRAMA		**VISIOMETRIA**	X	**LABORATORIOS:** -	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL (sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO	X	**APTO** ☐ **NO APTO** ☐		**TRABAJO EN ALTURAS APTO** ☐ **NO APTO** ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. **APTO PARA EL INGRESO** X ☑
2. **APTO EN APTITUD FÍSICA Y MENTAL** x ☑

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐

RESTRICCIONES
NINGUNA PARA ESTE CARGO.
RECOMENDACIONES
Mediante protocolo de bioseguridad y teniendo en cuenta todas las recomendaciones del ministerio de salud y de los entes internacionales por la OIT , Se evalúa trabajador de 23 años _ quien acude a su examen laboral de ingreso , niega accidentes de trabajo , actualmente en buenas condiciones generales, no asocia patología de origen general que interfiere con sus actividades laborales, , manejando T/A 120 / 80 VISIOMETRIA : Reporta AV 20/ 20 sin corrección visión de profundidad sin alteración, campimetria y discriminación de colores no evidencia, pruebas para equilibrio estático sin alteración. EXAMEN OSTEOMUSCULAR, no se evidencia alteración en la fuerza trofismo y sensibilidad, reflejos osteotendinosos sin alteración. RECOMENDACIONES: Se recomienda higiene postural pausas activas, puesto de trabajo ergonómico, de igual manera se recomienda proveer todos los elementos de protección personal para ejecutar sus labores, utilizar adecuadamente los elementos de protección personal, ingresar al sistema de vigilancia Epidemiológica del SGSST de la Empresa. APTO PARA EL INGRESO CUMPLE CON LOS CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO.

FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA
ESP. MEDICINA DEL TRABAJO
RM 23/86

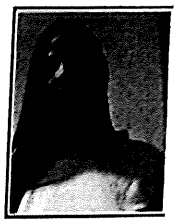
FIRMA DEL TRABAJADOR

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Powered by CamScanner

Gesstionar servicios empresariales

Nit 1075218068-1
Dirección CARRERA 9 # 11-13, Centro medico La Sabana, oficina 404, barrio La Toma, Neiva Huila
Teléfonos 318 272 1766 / 318 844 8529
Correo electrónico gesstionar.neiva@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.066

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	01 MES	2024 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES 01	PARTICULARES 01
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)

OTERO QUIMBALLA KATHERIN TATIANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	33 AÑOS 0 MESES 15 DÍAS	CC	1075249550
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRADORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 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. Fuí 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: [redacted]

Nombre: OBANDO BRAVO EDGAR ANDRES

R. M.: 665-2012 L.S.O.: 533-2017

Código de Seguridad
S1333Y1E2066

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OTERO QUIMBALLA KATHERIN TATIANA

CC: 1075249550

Powered by CamScanner

AURIN
AUDIOLOGIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL IPS S.A.S

Nit. 900907721
Tel. 8666975 - Cel. 313 360 6773
Calle 15 No 7- 55 Barrio La Toma
info@aurinips.com
Neiva- Huila- Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.387

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	02 MES	2023 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	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)

GARZON OLAYA FRANCY ELENA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	45 AÑOS 8 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	26425853 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VISIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
TRIGLICERIDOS	✓	EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA	✓	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓

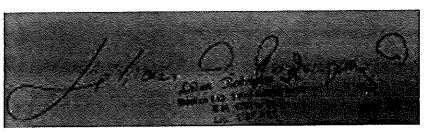
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISION PROXIMA	USO DE EPP	HACER DEPORTE
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL, VISIOMETRIA ANORMAL, AUDIOMETRIA NORMAL, GLICEMIA NORMAL, COLESTEROL ANORMAL Y TRIGLICERIDOS NORMAL. NO TIENE RESTRICCIONES PARA TRABAJAR. MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL INTELIGENTE, USO DE TAPACOBAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS. NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA ACTUAL.

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 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 completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: RODRIGUEZ ACUÑA LILIAN ANGELICA

R. M.: 1701 **L.S.O.:** 1775

Código de Seguridad
M583S1Y30387

Aspirante o Trabajador

Francy E G

Firma:

Nombre: GARZON OLAYA FRANCY ELENA

CC: 26425853

ELMIR JESUS CHARRIS SANCHEZ
MEDICO GENERAL
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL
RM 471318 LICENCIA/ RESOLUCIÓN 2516/2021

HISTORIA CLINICA DE SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO APTITUD LABORAL

FECHA	DD	MM	AA	EXAMEN MEDICO:	INGRESO	PERIODICO	POST-INCAPACIDAD	APERTURA DE HISTORIA CLINICA	RETIRO
	26	04	2024		X				

NOMBRE COMPLETO: JOSÉ FERNANDO TRUJILLO VANEGAS **EDAD:** 47 AÑOS

CC N°: 7.702.019 EXPEDIDA: Neiva - Huila 31-10-1994 **FECHA DE NACIMIENTO:** DD:13 MM:07 AA: 1976

EMPRESA: CorMiDi NIT 89110102-4

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

EXAMEN MEDICO: **X** AUDIOMETRIA: OPTOMETRIA: PRUEBA PSICOTECNICA:

LABORATORIOS: ESPIROMETRIA: VISIOMETRIA: OTROS:

CONCEPTO

TRABAJOS EN ALTURAS	SATISFACTORIO	CON RECOMENDACIONES
TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS	SATISFACTORIO	CON RECOMENDACIONES
MANIPULACION DE ALIMENTOS	SATISFACTORIO	CON RECOMENDACIONES
OSTEOMUSCULAR	SATISFACTORIO	CON RECOMENDACIONES
EXAMEN MEDICO LABORAL: **X**	SATISFACTORIO **X**	CON RECOMENDACIONES

CONDUCTAS

MANEJO POR ARL	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA
REMISION EPS	HIGIENE POSTURAL:**X**	DIETA:
CONTINUAR MANEJO MEDICO	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	EJERCICIO: **X**
REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO	USO AYUDAS ERGONOMICAS: **X**	NO FUMAR

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD: CCV, CONTROL VISUAL ANUAL, HIGIENE ORAL SEMESTRAL, CONTROL ADULTO SANO EPS, EXAMEN DE SENO PYP

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Higiene Postural En El Puesto De Trabajo, Realizar Pausas Activas Durante La Jornada Laboral, Realizar Lavado De Manos Al Menos Una Vez Cada 3 Horas Con Mucha Agua Y Jabón Mínimo Por 20 Segundo, Evitar Tocarse Los Ojos, La Nariz O La Boca Y El Cuello Con Las Manos Sin Lavar, Aplicar El Código De Etiqueta Respiratoria. Mantenga Al Menos 2 Metro De Distancia Entre Usted Y Las Demás Personas, Uso De Tapabocas De Manera Continua Para Laborar, Procure Tener Iluminada Y Ventilada De Forma Natural Su Vivienda., No Salude Con Beso, Ni Abrazo, Ni De La Mano A Ninguna Persona, Mantenga Separada La Ropa De Trabajo De Las Prendas De Uso Extra laboral.

Elmir Jesus Charris S. Medico General RM 471318 Especialista en Salud Ocupacional Res. 2516/2021 FIRMA Y SELLO MEDICO ELMIR JESUS CHARRIS SANCHEZ MEDICO ESPECIALISTA EN SST RES N° 2516/2021	FIRMA DEL TRABAJOR CC:

Dirección , CALLE 7 ENTRE CARRERA 11 Y 12 CENTRO COMERCIAL PASEO DEL ROSARIO TERCER PISO CONSULTORIO 3-008 correo electrónico elmir-07@hotmail.com y elmircharris@gmail.com 3103099162-3142740900

CERFIT S.A.S
NIT. 901600566
CERTIFICADO MÉDICO
RESOLUCIÓN 3194 DE 2022
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



FECHA ATENCIÓN: 2024-06-25 12:28:09 - **NUM. HISTORIA:** 1010012057

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: CORMIDI GARZON
Cargo: AUX **Ciudad:** NEIVA (HUILA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: MANUEL FERNANDO SANCHEZ VAQUIRO
ID: CC 1010012057
FECHA DE NACIMIENTO: 2000-10-11
EDAD: 23 Años 8 Meses 14 Días
GENERO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTERO
TEL: 3044016787
DIRECCIÓN: CALLE 26 # 9 A W 21
ARL:
ENTIDAD: PARTICULAR
TIPO DE USUARIO: PARTICULAR
LUGAR DE RESIDENCIA: NEIVA (HUILA)

EXÁMENES REALIZADOS

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL:

EXAMEN MEDICO DE INGRESO

EXÁMENES REALIZADOS:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CALIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO MÉDICO:

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR O CONTRATAR

CAUSAL:

NA

OBSERVACIONES:

NA

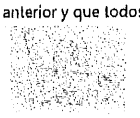
CONCEPTO MEDICO MANIPULACION DE ALIMENTOS:

N/A

RECOMENDACIONES:

HIDRATACION
PAUSAS ACTIVA S
CUIDADOS EN ALIMENTACION
USO DE EPP
ERGONOMIA

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 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 completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento



Manuels

Profesional: OMAR AMAYA RODRIGUEZ
Esp: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LSO 168 DEL 2022

Paciente: MANUEL FERNANDO SANCHEZ VAQUIRO
CC:1010012057

CALLE 23 # 5A BIS-90
NEIVA-HUILA