GRUPO ISO
GRUPO INTEGRAL DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S NIT 901.400.889-5
Calle 23 Norte # 3N 88 Barrio Versalles - Cali, Colombia
Tels. + 57 2 3451939 - + 57 2 3733446 - E-mail. gerencia@grupoiso.com.co
www.grupoiso.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 41.733

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	01 MES	2025 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR INGRESO**

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

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
SERVISOCIAL DEL VALLE S.A.S - CONVENIO ESPECIAL - DIR.COMER - CREDITO - INTRAMURAL	**SERVISOCIAL DEL VALLE S.A.S**

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	
ORTIZ VALLEJO ANDRES FELIPE	MASCULINO	36 AÑOS 5 MESES 5 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1130677371

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTROL VISUAL EN SU EPS.	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. EXAMEN FÍSICO OCUPACIONAL SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES.
2. SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS EN SU PUESTO DE TRABAJO.
3. PACIENTE CON CONDICION VISUAL, SE RECOMIENDA LA UTILIZACIÓN DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE Y EN EL PUESTO DE TRABAJO, CONTINUAR CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS. NO AFECTA SU ACTIVIDAD LABORAL.
4. SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN EN SU EPS, DEBE DE BAJAR DE PESO PARA EVITAR FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, METABÓLICOS Y OSTEO ARTICULARES.

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		**Aspirante o Trabajador**
Firma:		**Firma:**
Nombre: RENGIFO PORTILLA DIANA KATERINE		**Nombre:** ORTIZ VALLEJO ANDRES FELIPE
R. M.: 1143835616 **L.S.O.:** 3277	**Código de Seguridad** U806A1G41733	**CC:** 1130677371