GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OTROS



Fecha: 22/Dic/2023, **Hora:** 08:54:59 a.m.
Apellido: ALMANZA PADILLA **Nombre:** SARAY PATRICIA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1004119833
Empresa: Particular
Cargo: TRABAJADORA SOCIAL
Direccion: CLL 38 # 0 ESTE 62

HC: # 61593
Edad: 33 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 16/Jun/1990
Rh: O+

Telefono: **Celular:** 3114289935 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Soacha- cundinamarca

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

APTO PARA EL CARGO

Recomendaciones

USO ADECUADO DE EPP
EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS
SEGUIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Otras: * ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
* USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAL.
* USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO
* REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

RICARDO CARRILLO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
Registro #: 1867/2008

SARAY PATRICIA ALMANZA PADILLA
CC 1004119833

Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com

Powered by CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Visiometria



Fecha: 22/Dic/2023, **Hora:** 08:54:59 a.m. **HC:** # 61593

Apellido: ALMANZA PADILLA **Nombre:** SARAY PATRICIA **Edad:** 33 años

Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1004119833 **Sexo:** Femenino ♀

Direccion: CLL 38 # 0 ESTE 62

Telefono: **Celular:** 3114289935 **Email:** **Estado Civil:** Casado

Ciudad: Soacha- cundinamarca

Antiguedad en la Empresa INGRESO Antiguedad en el Cargo INGRESO

Antecedentes

Personales		Familiares		Laborales	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopia	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	Si				
Miopía	Si				

Correccion

Usa Lentes	Si
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	No

Evaluacion

Agudeza Visual	Vision de Lejos SC	Vision de Cerca SC	VL CC	VP CC	ADD
O.D.	20/25	20/25	20/20 CC		
O.I.	20/25	20/20	20/20 CC		
A.O.	20/20	20/25	20/20 CC		

Examen Externo

Percepcion del Color		Convergencia	
Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Agudeza Visual Normal				
Patologia de Refraccion				
Adecuadamente Corregida	X	X	X	X
Inadecuadamente Corregida				
No Corregida				

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Powered by CamScanner

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones 1

Debe usar correccion para laborar	Si X No	Valoracion por Optometria	Si No X	Valoracion por Oftalmologia	Si No	Se recomienda control de Visiometria	en 12 Meses .

Conducta PACIENTE CON BUENA CORRECCION OPTICA VALORACION EN 1 AÑO.
MIOPIA/ ASTIGMATISMO

Dra. Samantha Yepes Escobar
Optómetra UIB

SAMANTA YEPES ESCOBAR
OPTOMETRA
Registro #: 3941 CTNPO

SARAY PATRICIA ALMANZA PADILLA
CC 1004119833

Huella Digital

1

Powered by CamScanner