



Calle 23 Norte # 3N - 88 Barrio Versalles - Cali, Colombia
telefono: 602 3733446 - http://www.grupoiso.com.co - DHSS0688253

Certificado de aptitud laboral
Ingreso



Fecha: 01/Sep/2025, Hora: 11:26:03 a.m.

Apellido: Mayor nest

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: Administrador

Nro Identidad: 94429236

HC: # 5294

Nombre: Ricardo andres

Sexo: Masculino

Ciudad: Valle - cali

Edad: 50 años

Rh: A+

Nacim: 10/Dic/1974

Exámenes Realizados

☒ Valoracion osteomuscular

Recomendaciones Empresa

Seguimiento por optometria, Dieta, Uso adecuado de epp, Emplear pausas activas, Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo, Valoración por nutricionista eps, Sve visual, Corrección óptica permanente, Sve biomecánico.

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

- * Sve visual
 - * Corrección óptica permanente
 - * Sve biomecánico
- * Dieta

Medicas

Laborales

- * Seguimiento por optometria
 - * Valoración por nutricionista eps
- * Uso adecuado de epp
 - * Emplear pausas activas
 - * Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo

Concepto

Apto con recomendaciones para el cargo

Restricciones

Recomendaciones Personalizadas

- valoración por nutricionista eps. adoptar hábitos saludables, realizar actividad física aeróbica, llevar una dieta balanceada, bajar de peso.
- utilización de corrección visual permanente, control anual.

Observaciones

- Examen Físico Ocupacional Sin Limitación Funcional Aparente.
 - Se Recomienda Capacitación En Higiene Postural Y Pausas Activas En Su Puesto De Trabajo.
 - Paciente Con Condicion Visual, Se Recomienda La Utilización De Corrección Visual En El Puesto De Trabajo, Control Anual.
 - Se Recomienda Solicitar En Su Entidad De Salud Evaluación Y Plan De Manejo De Su Alteración Del Peso Por Médico Y Nutricionista.
- ** Se Recomienda:
- Ingresar Al Programa Nutricional En La Eps.
 - Precaución Para Desplazamientos Por Pasillos Y Escaleras.
 - Incluir Al S.v.e. Por Factores De Riesgo Cardiovascular, Metabólico Y Osteo Articular.

Nota1: No Se Evaluaron Requisitos De Salud Para Exposición A: Trabajo De Alturas, Manipulación De Alimentos, Espacios Confinados, Radiaciones Ionizantes, Aptitud Psicosensométrica O Condición Cardio-metabólica Para Conducción De Motocicletas, Automóvil, Tractor, Montacargas, Retroexcavadora/bulldozer U Otro Tipo Vehículo Automotor. Trabajo Con Calderas, Manipulación De Químicos Iarc U Otras Sustancias Peligrosas , Porte De Armas.

Consentimiento Informado

Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional y a los demas profesionales de la salud a realizarme exámenes y pruebas complementarias registrados en este documento. Los profesionales en la salud, me han explicado la naturaleza y propósito de los exámenes y pruebas complementarias. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos de estos exámenes a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de estos exámenes 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.**Bajo la gravedad del Juramento** manifiesto que las respuestas dadas por mí en el examen Medico Ocupacional son completas y verídicas y que no he omitido informacion sobre mi estado de salud, que pueda alterar dicho concepto medico. **Autorizo** a la IPS GRUPO INTEGRAL DE SERVICIO OCUPACIONAL SAS, 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. En caso de necesitar exámenes de laboratorio para complementar mi historia clínica, **autorizo** a la IPS a realizar la toma de las muestras necesarias para su realización. 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 **plena capacidad mental y legal de expresar mi consentimiento.**

Diana katerine rengifo portilla
Medico ocupacional
Lic. de S.O #: 3277
Registro #: 1143835616



Ricardo andres mayor nest
CC 94429236