



PORSALUD S.A.S

NIT: 800.230.659-1

Dir: Calle 145 A # 94A - 17 - PBX: 601 746 2603 - 601 746 2753 - 315 7096150 - Bogotá

Dir: Cra 36 # 34 - 71 Barzal - Tel: (608) 6458053 - 316 532 4324 - Villavicencio

Web: www.porsaludips.com

Estamos contigo



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 107085

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
22 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEMUSCULAR DE INGRESO					
			Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PARTICULAR				PARTICULAR					
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)									
RUIZ DIAZ AMANDA LILIANA				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				FEMENINO		42 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS		CC	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo NUTRICIONISTA									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGIAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)									
Observaciones: <i>NO APLICA</i>									
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A		
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO		RECOMENDACIONES				
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NINGUNA		NINGUNA				
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO				✓					
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR ESPECIALISTAS TRATANTES: OTORRINOLARINGOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, INFECTOLOGÍA, ORTOPEDIA Y PSICOLOGÍA, POR PATOLOGÍAS DE BASE.			USO DE EPP			DIETA BALANCEADA			
USAR CORRECCIÓN VISUAL			SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES			
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRÍA PARA ACTUALIZACIÓN DE FÓRMULA DE CORRECCIÓN VISUAL.			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL						
			SVE OSTEOMUSCULAR						
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
SE RECOMIENDA ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA: LA CABEZA Y EL TÓRAX DEBEN ESTAR DERECHOS Y ALINEADOS/EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO /REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CADA 4 HORAS CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS/REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO ALTERNAR POSTURA BÍPEDA A SEDANTE (DE PIE A SENTADA)/SE SUGIERE USAR TECLADO Y MOUSE ERGONÓMICOS / REALIZAR EJERCICIOS VISUALES PERIODICOS/USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL/ CUMPLIR CON EL PROGRAMA DE SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA									
Declaro que el doctor mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen,he comprendido y he tenido la oportunidad de consultar el propósito, beneficios, la interpretación, 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. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas y fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados por tanto autorizo que se suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, los datos registrados 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. Manifiesto que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedentes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal médico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leído y acepto los términos de los consentimientos informados incluyendo (Venopunción, HIV, PsicoActivas) "De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar".He leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento									
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					

22 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEMUSCULAR DE INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR			PARTICULAR				
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)							
RUIZ DIAZ AMANDA LILIANA Apellidos y Nombres			Genero	Edad	Documento de Identificación		
			FEMENINO	42 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS	CC	52988730	
				Tipo	Número		
Cargo NUTRICIONISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGIAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: <i>NO APLICA</i>							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A	
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NINGUNA		NINGUNA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMÉN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DE INGRESO			✓ -----				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR ESPECIALISTAS TRATANTES: OTORRINOLARINGOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, INFECTOLOGÍA, ORTOPEDIA Y PSICOLOGÍA, POR PATOLOGÍAS DE BASE.		USO DE EPP		DIETA BALANCEADA			
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE VISUAL		HÁBITOS SALUDABLES			
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRÍA PARA ACTUALIZACIÓN DE FÓRMULA DE CORRECCIÓN VISUAL.		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
		SVE OSTEMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE RECOMIENDA ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA: LA CABEZA Y EL TÓRAX DEBEN ESTAR DERECHOS Y ALINEADOS/EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO /REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEMUSCULARES CADA 4 HORAS CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS/REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO ALTERNAR POSTURA BÍPEDA A SEDANTE (DE PIE A SENTADA)/SE SUGIERE USAR TECLADO Y MOUSE ERGONÓMICOS / REALIZAR EJERCICIOS VISUALES PERIODICOS/USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL/ CUMPLIR CON EL PROGRAMA DE SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA							
Declaro que el doctor mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen,he comprendido y he tenido la oportunidad de consultar el propósito, beneficios, la interpretación, 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. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas y fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados.							
Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados por tanto autorizo que se suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, los datos registrados 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.							
Manifiesto que he dado información verdadera sobre mi estado de salud y mis antecedentes personales que no he omitido ningún dato de importancia y autorizo al personal médico de la IPS a que se me practique el examen físico necesario. He leído y acepto los términos de los consentimientos informados incluyendo (Venopunción, HIV, PsicoActivas) "De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar".He leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento							
Médico		Aspirante o Trabajador					
							
Firma:		Firma:					
Nombre: CC: 1042347129 - ALEJANDRO BOLIVAR		Nombre: RUIZ DIAZ AMANDA LILIANA					
R. M.: 3699-11		L.S.O.: 7317		CC: 52988730			



PORSALUD S.A.S

NIT: 800.230.659-1

Dir: Calle 145 A # 94A - 17 - PBX: 601 746 2603 - 601 746 2753 - 315 7096150 - Bogotá

Dir: Cra 36 # 34 - 71 Barzal - Tel: (608) 6458053 - 316 532 4324 - Villavicencio

Web: www.porsaludips.com

RECOMENDACIONES

Paciente: RUIZ DIAZ AMANDA LILIANA

Fecha: 22/10/2025

Identificación: CC: 52988730

Fecha Nacimiento: 03/07/1983

Cargo: NUTRICIONISTA

Edad:

Género: FEMENINO

Estado Civil: DIVORCIADO(A)

Dirección: CL 132 F BIS #129 39

Ciudad: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: POR ESPECIALISTAS TRATANTES: OTORRINOLARINGOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, INFECTOLOGÍA, ORTOPEDIA Y PSICOLOGÍA, POR PATOLOGÍAS DE BASE., USAR CORRECCIÓN VISUAL, VALORACIÓN POR EPS: OPTOMETRÍA PARA ACTUALIZACIÓN DE FÓRMULA DE CORRECCIÓN VISUAL.

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR, SVE VISUAL, USO DE EPP

Alejandro Bolívar Hernández
Médico General y 233/50
R./M. 3699-11
LSO: 73/17 Bogotá

NOMBRE DE LA PERSONA DE
RECURSOS HUMANOS DE PARTICULAR

CC: 1042347129 - ALEJANDRO BOLIVAR

R. M.: 3699-11

L.S.O.:

RUIZ DIAZ AMANDA LILIANA
RECIBIDO POR EL TRABAJADOR
FIRMA DEL TRABAJADOR