# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 25/08/2025 8.10 AM



**FECHA DE EXAMEN** 13/08/2025 09.10.18
**TIPO EXAMEN:** INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

## DATOS DE INSTITUCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | IPS HUMAN FINE | **Nit** | 900166682-0 |
| **Dirección** | CALI - VALLE DEL CAUCA | **e-mail** | Comercial@humanfine.com |
| **Teléfonos** | 513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38 | | |

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres** | MARIA DEL PILAR | | | **Apellidos** | ROJAS GUERRERO | | | | |
| **Identificación** | CC | 31988745 | **Edad** | 56 Años | **Genero** | F | **Grupo sanguineo** | | O + |
| **Procedencia** | **Lugar de nacimiento** | CALI (VALLE) | | | **Fecha de nacimiento** | 05/05/1969 | **Estrato** | 5 | |
| **Estado civil** | Casado (a) | **Escolaridad** | Profesional | | **Teléfonos** | 3007807425 | | | |
| **Departamento** | Valle Del Cauca | **Municipio** | Cali | | **Dirección** | CALLE 13A #74 20 | | | |
| **EPS** | COLSANITAS S. A COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA | | | | | | | | |
| **ARL** | SURA | | | **Fondo de Pensiones** | COLPENSIONES | | | | |

## DATOS EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA** | FUNDACION BENNET | | |
| **EMPRESA USUARIA** | NO APLICA | **SEDE** | NO REFIERE |
| **CARGO** | PROFESORA DE PRIMARIA | **SECCION O AREA** | NO REFIERE |
| **FECHA DE INGRESO** | SIN INFORMACION | **JORNADA DE TRABAJO** | SIN INFORMACION |

## EXAMENES REALIZADOS

| | |
|---|---|
| HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL | OPTOMETRIA |

## CONCEPTO DE APTITUD

| | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | Apto para el cargo . |
| **OBSERVACIONES** | . |
| **RESTRICCIONES** | no |

## RECOMENDACIONES

| | | |
|---|---|---|
| **RECOMENDACIONES GENERALES** | Lentes de correccion | |
| **SALUD OCUPACIONAL** | | |
| Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención | Higiene postural | Pausas activas |
| Ejercicio habitual | Hábitos de vidas saludable | Manejo de estrés |
| Dieta balanceada | Uso de corrección óptica | |
| **INGRESO A SVE** | | |
| SVE (Ergonómico) | SVE (Psicolaboral) | SVE (Visual) |

**Nombres y Apellidos** MARIA DEL PILAR ROJAS GUERRERO **Identificación** CC 31988745

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.
Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.




MELBA FLOREZ TORO
C.C 31907370 RM: 1
Firma y sello del Médico Evaluador

MARIA DEL PILAR
C.C 31988745
Firma del trabajador Evaluado

