



GRUPO INTEGRAL DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S NIT 901.400.889-5

Calle 23 Norte # 3N 88 Barrio Versalles - Cali, Colombia
Tel's. + 57 2 3451939 - + 57 2 3733446 - E-mail. gerencia@grupois.com.co
www.grupois.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.895

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
14 DÍA	11 MES	2024 AÑO	(PAQUETE BASICO I) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR INGRESO		
Cali (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)					
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULAR DANE-CONTADO			PARTICULARES		
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)					
CARLOSAMA ORTEGA CARMEN ALICIA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	63 AÑOS 2 MESES 12 DÍAS	CC 31890691
Cargo					
MONITORA					
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:					
AUDIOMETRIA (PAQUETE)		✓		VISIOMETRIA (PAQUETE) ✓	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR INGRESO (PAQUETE)		✓		-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTROL VISUAL, AUDITIVO EN SU EPS, USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL		HACER DEPORTE	
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
VALORACIÓN POR EPS : ORL		SVE OSTEOMUSCULAR			
		DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA			
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. ALTERACION LEVE EN AUDIOMETRIA, NO LIMITA SU CARGO. SE INDICA CONTROL AUDIOMÉTRICO ANUAL Y USO DE PROTECTOR AUDITIVO EN CASO DE EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR DE 85 DB. SE RECOMIENDA CONTROL POR ORL EN SU EPS.					
4. APLAZADA TEMPORALMENTE: PACIENTE CON CONDICION VISUAL, NO CORREGIDA ADECUADAMENTE. SE INDICA VALORACION POR OPTOMETRIA- INDICAR FORMULA OPTICA PERTINENTE, POSTERIOR REVALORACION POR MEDICINA LABORAL CON USO DE FORMULA OPTICA CORREGIDA PARA DEFINIR CONDUCTA.					
** NOTA: REVALORACION POR MEDICO OCUPACIONAL EL 27/11/24:					
1. PACIENTE TRAE REPORTE DEL 14/11/24 DE TOMA DE OPTOMETRIA PARTICULAR DR JAIME MATEUS ROJAS RM 9-302 SSV, AV L 20/20 Y AV C 0.50M. RECOMENDACION DE PROGRESIVO AR + BLUE BLOCK + FOTOCROMATICO. IDX: AO H524 PRESBICIA + OD H522 ASTIGMATISMO + AO H520 HIPERMETROPIA. PROXIMO CONTROL EL 14/11/25.					
SE RECOMIENDA LA UTILIZACIÓN DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE Y EN EL PUESTO DE TRABAJO, CONTINUAR CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN SU EPS.					
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					

Médico



Firma:

Nombre: RENGIFO PORTILLA DIANA KATERINE

R. M.: 1143835616

L.S.O.: 3277



Código de Seguridad

H806N1T40895

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CARLOSAMA ORTEGA CARMEN ALICIA

CC: 31890691