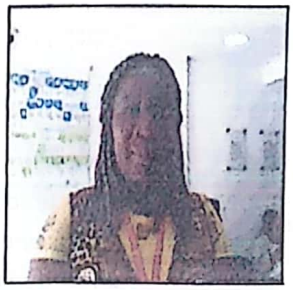
SERVISALUD OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 10-abr.-2024 **HORA** 10:26:33
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Catalina Manyoma Rivas
Edad 51 años 5 meses 17 dias
Documento de Identificación: CC Número: 35871297
Cargo ENFERMERA

APTO PARA LABORES ASIGNADAS

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Optometría
Vision Lejana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometría general.
Vision Cercana: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometría general.

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana).
2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral.
3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa.
4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral.
5. Debe usar lentes correctivos formulados por optómetra durante su jornada laboral para tareas que requieran visión lejana y/o cercana.
6. Disminución en la ingesta de alimentos altos en carbohidratos, grasas saturadas y azúcares refinados.
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR. Normal
REMISIÓN A EPS?: SI.
*Valoración con optometría en su entidad de salud para formulación y corrección de defecto visual refractivo.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		**Trabajador**	
Firma	LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173322	Firma	Catalina M.R
Nombre:	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre:	Catalina Manyoma Rivas
RM.	LIC.SST#3508 de 19 Lic.SO:	CC N°	35871297

Huella

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.,** a realizar en mí, el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.,** me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclinico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verídicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

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.

Trabajador:

Firma: Catalina M.R

Nombre: Catalina marroma Rivas

CC No 35 871297



Powered by CamScanner

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

N° Identificación CC 35871297

Paciente Catalina Manyoma Rivas **Edad** 51 años 5 meses 17 dias

Direccion DIAG 75C No 26S-68 BELLA FLOR (CIUDAD BOLIVAR) **Telefono** 3023266264

Entidad PARTICULAR **Fecha** miércoles, 10 de abril de 2024

LIC SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS

Visión lejana

Sin corrección:	OD: 20/30	OI: 20/30
Con corrección:	OD:	OI:
PinHole:	OD:	OI:

Observación: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometría general.

Visión Cercana

Sin corrección:	OD: 20/30	OI: 20/40
Con corrección:	OD:	OI:

Observación: Cumple con las condiciones visuales para el cargo, defecto visual no corregido, que requiere valoración por optometría general.

CAROLINA CHAPARRO MARTINEZ
Optometra Esp. Gerencia SST
Reg.Med.52524224
Lic. SST Res 5660 del 14-06-2019

CAROLINA CHAPARRO MARTINEZ
RM.. LIC.SST 5660 de 14-06-19

Powered by CamScanner

Bogotá D.C.,

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad

ASUNTO: COMPROMISO CARGUE DE DOCUMENTO (S) – PENDIENTES EN PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II, CONFORME A LA LISTA DE VERIFICACION DE REQUISITOS.

Cordial saludo,

Yo, Catalina Manyoma Rivas, identificado (a) con cédula de ciudadanía 35871297 de Unguia, Choco, me comprometo a hacer entrega del (los) documento(s) que relaciono a continuación:

1. Certificado de salud
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Los cuáles serán cargados en SECOP II, Ítem No 7 "Ejecución del contrato"

Lo anterior será cargado y notificado al supervisor a mas tardar dentro de los 45 días de la legalización contractual

Atentamente,

Catalina M. R
FIRMA

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS: Catalina Manyoma Rivas
NÙMERO DE CÈDULA: 35871297
DIRECCIÓN: Calle 70f Sur #27c83
TELEFONO: 3023266264
CORREO ELECTRÓNICO: catalinamanyomarivas@gmail.com

Nota de la Subred: LOS DOCUMENTOS PENDIENTES deberán ser renombrados como aparece en la lista de chequeo "CO-OPS-FT-07 VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATACIÓN PERSONA NATURAL- ÁREA ASISTENCIAL" ó "CO-OPS-FT-37 VERIFICACION REQUISITOS CONTRATACION PERSONA NATURAL-ADMINISTRATIVO Y OTRAS DEPENDENCIAS" según aplique (ejemplo: **3. certificación bancaria) y dar cumplimiento** dentro de los cuarenta y cinco (45) días de la legalización contractual entre las partes. Así mismo notificado al supervisor de contrato.

Powered by CamScanner