Protegemos CRC	ESQUEMA DE CERTIFICACIÓN VALORACION MEDICO OCUPACIONAL	CÓDIGO: EC-FO-012 VERSION: 00 VIGENCIA: 25-09-2023 PÁGINA: 1 de 2

Nombre del prestador: PROTEGEMOS CRC S.A.S. **Fecha de atención:** 16/12/2025 **Hora de atención:** 9:10

INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de documento							No. documento
C.C.	x	T.I.	R.C.	C.E.	P.A.	P.T.P.	1.144.034.588

1er apellido	2 do apellido	Nombres	Sexo:		
Perdomo	Silva	Karina	M	F	X

Fecha de nacimiento			Edad	Estado civil				
27	02	1990	35	Casado	Soltero	X	Divorciado	Viudo	Unión libre

Dirección del paciente: Cra 15 # 23 A-41 Sur Canaima **Ciudad:** Neiva

Tel./ Cel.: 3152113510 **Email:** karinaperdomosilva@gmail.com

EPS	Tipo de vinculación	Ocupación
Nueva EPS	Contributivo	Auxiliar Administrativo

Nombre del acompañante y/o responsable (No aplica) **Teléfono**

ANTECEDENTES: Niega QX: Cesarea marzo 2024 Medicamentos: Cloroquina ocasional. Alergias: Niega Vacunas: Refiere al día, COVID 2 dosis.

EXAMEN FÍSICO:

PESO: 56 KG TALLA 161 IMC 21.6 kg/m².

Cardiopulmonar ruidos cardiacos rítmicos no soplos, murmullo vesicular conservados sin agregados.

Abdomen: no masas, no megalias, hernia umbilical pequeña no eventrada, no dolorosa. Ruidos intestinales normales.

Osteomuscular: miembros superiores con arcos de movimientos dentro de parámetros normales, sin limitación funcional. Fuerza muscular 5/5 de miembros superiores e inferiores, no dolorosa, sensopercepción normal, reflejos osteotendinosos conservados. No amputaciones.

Columna vertebral no aparenta escoliosis, leve cifosis dorsal, Lasegue negativo, prueba del cajón negativa.

Neurológico: Normal, alerta, orientado en tiempo, lugar y persona, sin déficit motor aparente. Glasgow 15/15

Registro de los signos vitales en la valoración:

Signos vitales	**Temperatura corporal:** 36.7°	**Frecuencia cardiaca:** 70	**Frecuencia respiratoria:** 16
	Presión arterial: 110/70	**Saturación de oxígeno:** 99%	**Estado del paciente:** Normal

TIPO DEL EXAMEN EXAMEN MÉDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR PARA INGRESO.

CONCEPTO **Sin defecto físico ni patología clínica que interfieran su capacidad laboral para la labor asignada.**

OBSERVACIONES Se dan signos de alarma y recomendaciones.

RESTRICCIONES LABORALES:
SIN RESTRICCIONES LABORALES
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS
TENER EN CUENTA POSICION
ERGONOMICA Y POSTURA AL TRABAJAR.

TIPO
No aplica

RECOMENDACIONES
Continuar con hábitos saludables.

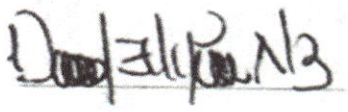
EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR D ELSO SIGUIENTES EXÁMENES PRACTIDADOS:
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
SE DAN RECOMENDACIONES, CONTINUAR EN PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD POR PARTE DE SU EPS.	DEBE USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, NORMAS BASICAS DE PREVENCION PARA CUALQUIER MANIPULACION Y TIPO DE CARGAS.	HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE MINIMO 3 VECES POR SEMANA 20 MIN, DIETA BAJA EN CALORÍAS Y ALTA EN FIBRA Y VEGETALES.

OTRAS OBSEVACIONES Y RECOMENDACIONES:

DANIEL EDUARDO PASTRANA NARVAEZ
No. identificación.1084923974
NoRegistroProfesional.1084923974
Tarjeta profesional. 1084923974



NINGUNA

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 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 protección de la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor 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 Clínico 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.



Firma del profesional que refiere
DANIEL EDUARDO PASTRANA NARVAEZ
No. identificación.1084923974
NoRegistroProfesional.1084923974
Tarjeta profesional. 1084923974

Karina Perdomo Silva
FIRMA DEL ASPIRANTE
CC: 1.144.034.588

DANIEL EDUARDO PASTRANA NARVAEZ
No. identificación.1084923974
NoRegistroProfesional.1084923974
Tarjeta profesional. 1084923974

