DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
Asimdi Ltda

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 23/09/2020 *Numero :* 18750

El suscrito médico certifica que la señora : **CLARA INES SANDOVAL MUÑOZ**

Identificado con : CC 20423827

Fecha de Nacimiento : 12/12/1969 *Edad :* 50 años *Telefono :*3115794188

Quien desempeña el cargo de : AUXILIAR DE COCINA

Fue evaluado(a) en consulta médica el día : 23/09/2020

Examen Médico : PERIODICO

Empresa : HOGAR CLARITA SANTOS- CASA LA ESPERANZA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- [x] 1. Apto sin restricción
- [ ] 2. Apto para trabajo en alturas sin restricción
- [ ] 3. Apto para manipular alimentos
- [ ] 4. Apto con restricciones
- [ ] 5. Aplazado

CERTIFICADO GENERADO CON BASE EN

- [x] Examen Medico Ocupacional
- [ ] Anexo Alturas
- [x] Anexo Osteomuscular
- [ ] Audiometría
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipídico
- [ ] Otros

RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES: ESTILO DE VIDA SALUDABLE: ALIMENTACION BALANCEADA: BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, ACTIVIDAD FISICA REGULAR: MINIMO 1 HORA AL DIA TRES VECES POR SEMANA, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIALMENTE PROTECCION RESPIRATORIA, GUANTES, LAVADO DE MANOS MINIMO CADA 2 HORAS, CABELLO RECOGIDO Y USAR COFIA O GORRO. MANTENER DISTANCIA CON COMPAÑEROS DE TRABAJO MINIMO 2 METROS. SEGUIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA.

DEBE INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR, POR EL TIPO DE TRABAJO.

CONTINUAR CONTROLES EPS, PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA DE BASE.

Consentimiento informado

Previo análisis de mis antecedentes, datos de mis historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulte y/o me aclara de los tratamientos o procedimientos que considere idóneo para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de estos.

También entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi medico tratante, puede presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique perdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Dra. Diana Carolina Tenjo C.
Médico Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Lic. Res. 25-4999 del 17/08/2015

DIANA CAROLINA TENJO CALDERON
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y C.C. PACIENTE

Av. Pradilla No 0 - 115 Este, Chia
TELEFONOS: 8621120 - 8618014 - 8617963 CEL: 3144704967 - 310 5854601 E-mail: asimdi@aol.es

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
Asimdi Ltda

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 12/04/2021 *Numero :* 30740

El suscrito médico certifica que la señora : **JIPPSY COROMOTO ZABALA SANCHEZ**

Identificado con : NU 819217930011975 *Telefono* 3124985771

Fecha de Nacimiento : 30/01/1975 *Edad :* 46 años

Quien desempeña el cargo de : SERVICIOS GENERALES

Fue evaluado(a) en consulta médica el día : 12/04/2021

Examen Médico : PERIODICO

Empresa : CONGREGACIÓN SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- [x] 1. Apto sin restricción
- [ ] 2. Apto para trabajo en alturas sin restricción
- [x] 3. Apto para manipular alimentos
- [ ] 4. Apto con restricciones
- [ ] 5. Aplazado

CERTIFICADO GENERADO CON BASE EN

- [x] Examen Medico Ocupacional
- [ ] Anexo Alturas
- [x] Anexo Osteomuscular
- [ ] Audiometría
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipídico
- [x] Otros MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

RECOMENDACIONES

BAJA VULNERABILIDAD PARA COMPLICACIONES POR COVID 19.

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES: ALIMENTACION SALUDABLE, BAJA EN CARBOHIDRATOS, GRASAS Y SODIO, RICA EN FIBRA Y PROTEINA, ACTIVIDAD FISICA REGULAR MINIMO 1 HORA 3 VECES A LA SEMANA. ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: ESPECIALMENTE PROTECCION RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS MINIMO CADA 2 HORAS, GUARDAR DISTANCIA CON OTROS EMPLEADOS MINIMO 1.5 METROS. REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS MINIMO 2 VECES AL DIA. INGRESAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DESORDENES OSTEOMUSCULARES POR LAS ACTIVIDADES DEL CARGO. CONTINUAR CONTROLES EN EPS PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE.

Consentimiento informado

Previo análisis de mis antecedentes, datos de mis historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulte y/o me hablara de los tratamientos o procedimientos que considere idóneo para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de estos.

También entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi medico tratante, puede presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique perdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Dra. Diana Carolina Tenjo C.
Médico Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Lic. Res. 25-4999 del 17/08/2015

DIANA CAROLINA TENJO CALDERON
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y C.C. PACIENTE

Av. Pradilla No 0 - 115 Este, Chia
TELEFONOS: 8621120 - 8618014 - 8617963 CEL: 3144704967 - 310 5854601 E-mail: asimdi@aol.es

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
Asimdi Ltda



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 16/06/2021 *Numero :* 31129

El suscrito médico certifica que la señora : **DAIMELY DEL VALLE PIRELA RIOS**

Identificado con : CE 23280660 *Telefono :*3173021316

Fecha de Nacimiento : 27/05/1995 *Edad :* 26 años

Quien desempeñará el cargo de AUXILIAR DE COCINA

Fue evaluado(a) en consulta médica el dia : 16/06/2021

Examen Médico : INGRESO

Empresa : CONGREGACIÓN SIERVAS DE CRISTO- CASA LA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- [x] 1. Apto sin restricción
- [ ] 2. Apto para trabajo en alturas sin restricción
- [x] 3. Apto para manipular alimentos
- [ ] 4. Apto con restricciones
- [ ] 5. Aplazado

CERTIFICADO GENERADO CON BASE EN

- [x] Examen Medico Ocupacional
- [ ] Anexo Alturas
- [x] Anexo Osteomuscular
- [ ] Audiometria
- [ ] Optometria
- [ ] Espirometria
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipidico
- [x] Otros MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

RECOMENDACIONES

BAJO RIESGO PARA COMPLICACIONES POR LA COVID 19. ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIALMENTE PROTECCION RESPIRATORIA, GUANTES, LAVADO DE MANOS MINIMO CADA 2 HORAS, CABELLO RECOGIDO Y USAR COFIA O GORRO. MANTENER DISTANCIA CON COMPAÑEROS DE TRABAJO MINIMO 2 METROS. SEGUIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA.

DEBE INGREAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA OSTEOMUSCULAR POR EL TIPO DE TRABAJO. USO DE CORRECCION VISUAL TODO EL TIEMP. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.

Consentimiento informado

Previo análisis de mis antecedentes, datos de mis historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulte y/o me hablara de los tratamientos o procedimientos que considere idóneo para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de estos.

También entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi medico tratante, puede presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique perdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Dra. Diana Carolina Tenjo C.
Médico Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Mc. Reg. 25-4999 del 17/08/2015

DIANA CAROLINA TENJO CALDERON
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Daimely Pirela
C.C. 1123914923 05 1995

FIRMA Y C.C. PACIENTE

Av. Pradilla No 0 - 115 Este, Chia
TELEFONOS: 8621120 - 8618014 - 8617963 CEL: 3144704967 - 310 5854601 E-mail: asimdi@aol.es

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
Asimdi Ltda



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 13/02/2021 *Numero :* 30017

El suscrito médico certifica que el señor : **JULIO ALDEMAR ESTUPIÑAN FORERO**

Identificado con : CC 3146416 *Telefono :*3132529897

Fecha de Nacimiento : 01/04/1980 *Edad :* 40 años

Quien desempeña el cargo de : GASTRONOMO

Fue evaluado(a) en consulta médica el día : 13/02/2021

Examen Médico : PERIODICO

Empresa : HOGAR CLARITA SANTOS- CASA LA ESPERANZA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- [ ] 1. Apto sin restricción
- [ ] 2. Apto para trabajo en alturas sin restricción
- [x] 3. Apto para manipular alimentos
- [ ] 4. Apto con restricciones
- [ ] 5. Aplazado

CERTIFICADO GENERADO CON BASE EN

- [x] Examen Medico Ocupacional
- [ ] Anexo Alturas
- [x] Anexo Osteomuscular
- [ ] Audiometría
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipídico
- [x] Otros MANIPULACION DE LAIMENTOS

RECOMENDACIONES

ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIALMENTE PROTECCION RESPIRATORIA, GUANTES, LAVADO DE MANOS MINIMO CADA 2 HORAS,USAR COFIA O GORRO. MANTENER DISTANCIA CON COMPAÑEROS DE TRABAJO MINIMO 2 METROS. SEGUIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA PA COVID 19. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA. COLTROL MEDICINA EPS.

Consentimiento informado

Previo análisis de mis antecedentes, datos de mis historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulte y/o me hablara de los tratamientos o procedimientos que considere idóneo para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de estos.

También entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi medico tratante, puede presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique perdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Rosalba Papagayo Peribo

ROSALBA PAPAGAYO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y C.C. PACIENTE

Av. Pradilla No 0 - 115 Este, Chia
TELEFONOS: 8621120 - 8618014 - 8617963 CEL: 3144704967 - 310 5854601 E-mail: asimdi@aol.es

DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
Asimdi Ltda



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 30/07/2021 *Numero :* 32009

El suscrito médico certifica que la señora : **OLGA LUISA RUA DE LA CRUZ**

Identificado con : CC 22545318 *Telefono :*3123760045

Fecha de Nacimiento : 10/03/1968 *Edad :* 53 años

Quien desempeña el cargo de : AUXILIAR DE COCINA

Fue evaluado(a) en consulta médica el día : 30/07/2021

Examen Médico : PERIODICO

Empresa : HOGAR CLARITA - CASA LA ESPERANZA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- [x] 1. Apto sin restricción
- [ ] 2. Apto para trabajo en alturas sin restricción
- [x] 3. Apto para manipular alimentos
- [ ] 4. Apto con restricciones
- [ ] 5. Aplazado

CERTIFICADO GENERADO CON BASE EN

- [x] Examen Medico Ocupacional
- [ ] Anexo Alturas
- [x] Anexo Osteomuscular
- [ ] Audiometria
- [ ] Optometria
- [ ] Espirometria
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipídico
- [x] Otros MANIPULACION DE ALIMENTOS

RECOMENDACIONES

ACTIVIDAD FISICA REGULAR: MINIMO 1 HORA AL DIA TRES VECES POR SEMANA, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIALMENTE PROTECCION RESPIRATORIA, GUANTES, LAVADO DE MANOS MINIMO CADA 2 HORAS, CABELLO RECOGIDO Y USAR COFIA O GORRO. MANTENER DISTANCIA CON COMPAÑEROS DE TRABAJO MINIMO 2 METROS. SEGUIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA.

DEBE INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR, POR EL TIPO DE TRABAJO. USO DE MEDIAS DE COMPRESION INTERMEDIA. SEGUIR EL PROTOCOLO Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA PARA COVID 19.

Consentimiento informado

Previo análisis de mis antecedentes, datos de mis historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulte y/o me hablara de los tratamientos o procedimientos que considere idóneo para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de estos.

También entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi medico tratante, puede presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique perdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Rosalba Papagayo Peribo

ROSALBA PAPAGAYO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Olga R...
22 545 318

FIRMA Y C.C. PACIENTE