CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 03/09/2025 3.40 PM

FECHA DE EXAMEN 03/09/2025 11.56.46
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	**Nit**	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	**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	WILLIAM			**Apellidos**	VIDAL				
Identificación	CC	16709360	**Edad**	60 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguineo**		O +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	BUENOS AIRES			**Fecha de nacimiento**	19/12/1964	**Estrato**	1	
Estado civil	Union libre	**Escolaridad**	Bachiller		**Teléfonos**	3183963135			
Departamento	Valle Del Cauca	**Municipio**	Cali		**Dirección**	CRA 39 C# 52 -31			
EPS	EMSSANAR E. S. S - ASOCIACION MUTUAL DE NARINO								
ARL	NO REFIERE			**Fondo de Pensiones**	PORVENIR S.A.				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	**SEDE**	NO REFIERE
CARGO	INDEPENDIENTE	**SECCION O AREA**	NO REFIERE
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION	**JORNADA DE TRABAJO**	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo con recomendaciones .

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES	HIGIENE POSTURAL HABITOS DE VIDA SALUDABLES PAUSAS ACTIVAS DE TRABAJO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN EXPOSICION IGUAL MANEJO AMLODIPINO CONTROL TRIMESTRAL EN EPS USO DE PROTECCION VISUAL PERMANENTE

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 (Cardiovascular-Metabólico)
SVE (Visual)		

Nombres y Apellidos WILLIAM VIDAL **Identificación** CC 16709360

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.

Luz Marina Osorio Orozco

LUZ MARINA OSORIO OROZCO
C.C 31930029 RM: L.S.O 0307-
Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM
C.C 16709360
Firma del trabajador Evaluado

