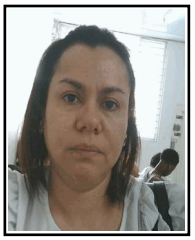
GRUPO IS
GRUPO INTEGRAL DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S NIT 901.400.889-5
Calle 23 Norte # 3N 88 Barrio Versalles - Cali, Colombia
Tels. + 57 2 3451939 - + 57 2 3733446 - E-mail. gerencia@grupoiso.com.co
www.grupoiso.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.731

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	09 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO 2024	**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)

JARAMILLO MARTINEZ QUERIN CLEY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	43 AÑOS 1 MESES 20 DÍAS	CC	31577238
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ABOGADA CONTRATISTA

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR INGRESO ✓	----------

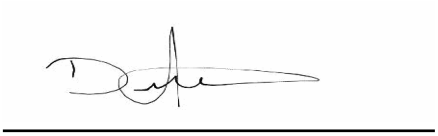
RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTROL VISUAL, OSTEOMUSCULAR, PARED ABDOMINAL EN SU EPS.	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CERCA	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO : ADOPTAR HÁBITOS SALUDABLES, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, LLEVAR UNA DIETA BALANCEADA, BAJAR DE PESO.
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA HORA POR 10MIN	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR NUTRICION EN SU EPS.	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 25KG	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. PACIENTE CON PATOLOGIAS OSTEOMUSCULARES, EN CONTROL, ASINTOMATICA. SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES EN SU EPS. AL EXAMEN FISICO SIN LIMITACIONES FUNCIONALES APARENTES.
2. PACIENTE CON PATOLOGÍA VISUAL, SE RECOMIENDA LA UTILIZACIÓN DE CORRECCIÓN VISUAL EN EL PUESTO DE TRABAJO, CONTINUAR CONTROL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS. NO AFECTA SU ACTIVIDAD LABORAL.
3. SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN EN SU EPS, DEBE DE BAJAR DE PESO PARA EVITAR FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, METABÓLICOS Y OSTEO ARTICULARES. NO LIMITA SU CARGO.
4. PACIENTE CON DEFECTO DE PARED ABDOMINAL MINIMO, ASINTOMATICA, SE RECOMIENDA CONSULTAR A SU EPS SOLO EN CASO DE DOLOR.
5. SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS EN SU PUESTO DE TRABAJO.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

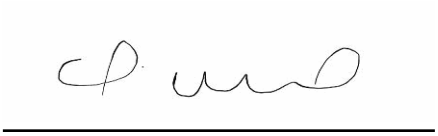
Firma: 

Nombre: RENGIFO PORTILLA DIANA KATERINE

R. M.: 1143835616 **L.S.O.:** 3277

Código de Seguridad
X806D1J39731

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: JARAMILLO MARTINEZ QUERIN CLEY

CC: 31577238