IPS-PROFESIONALES DE GESTIÓN INTEGRADA IPS-PGI-SAS
CRA 8 NO. 12-51 EDIFICIO GALENOS
CHIQUINQUIRÁ - BOYACÁ
CELULAR 310 303 1779 - 313 472 1113

NIT: 900615249-1
Licencia IPS No. 1070 del 17-06-2024
Código de habilitación No. 151760206301

Cra. 8 # 12 - 51, Chiquinquirá - Boyacá
e-mail: pgisas@gmail.com
www.pgisas.com Cel. 310 303 1779



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.474

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	06 MES	2026 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **NOTARIADO Y REGISTRO**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CASAS CASTELLANOS SILVIA ELVIRA	FEMENINO	50 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	46677364 (Número)

Cargo: **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

EPS	AFP	ARL
SANITAS	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *CON RECOMENDACIONES*

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 OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.	USO DE EPP : ADECUAR ERGONÓMICAMENTE EL PUESTO DE TRABAJO (SILLA AJUSTABLE, APOYO LUMBAR Y ESPACIO PARA CAMBIOS DE POSICIÓN).	HÁBITOS SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EVITAR PERMANECER DE PIE DE FORMA CONTINUA POR PERÍODOS MAYORES DE 30 A 60 MINUTOS; ALTERNAR CON PERÍODOS SENTADA. EVITAR CAMINATAS PROLONGADAS Y DESPLAZAMIENTOS INNECESARIOS	FORTALECIMIENTO MUSCULAR : A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE FILTRO DE PROTECCION OCULAR (SOLAR, COMPUTO)	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO : DISMINUIR DE PESO IMC 29
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	CAPACITACIÓN : MECANICA CORPORAL HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
ESPECIALISTA : ORTOPEDIA . NUTRICION	OTROS : EVITAR SUBIR Y BAJAR ESCALERAS DE MANERA REPETITIVA,EVITAR POSTURAS EN CUCLILLAS, ARRODILLADA O FLEXIÓN REPETITIVA DE RODILLAS.	DIETA BALANCEADA
	REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EVITAR POSTURAS NO NEUTRAS A NIVEL DE LA ARTICULACION DE LAS MUÑECAS , ,

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: 

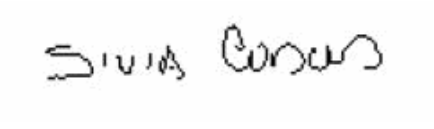
Nombre: CC: 51977051 - SANCHEZ FIGUEROA SONIA

R. M.: 0781 **L.S.O.:** 3921 DEL 07-06-2023

Código de Seguridad

G338M1S36474

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: CASAS CASTELLANOS SILVIA ELVIRA

CC: 46677364