



AUTORIZACIÓN EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES

CT-RRHH-FM29-V01

25/09/2018

COLABORADOR :

JEIMY NATHALY FLOREZ DIAZ

Número de cedula:

1121956447

VALOR A CANCELAR

\$0

Cargo:

RADIO OPERADOR

FACTURAR A:

CELUTAXI CITY S.A.S. NIT. 822006560-2

Fecha:

1/ febrero /2023

Proveedor que realiza exámenes:

IPS INTEGRAR

Calle 15 No 37 L 10 Esperanza 8 Etapa

TIPO DE EXAMENES

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|-------------------------|--|
| Examen de ingreso | X | Examen médico ocupacional (énfasis Biomecánico) | X | EXAMENES DE LABORATORIO | |
| Examen de retiro | | Visiometría | X | Cuadro hemático | |
| Examen periódico | | Audiometría | X | Perfil lipídico | |
| Examen médico general | | Valoración por Voz | | Grupo sanguíneo | |
| Vacuna tétano | | Espirometría | | Glicemia | |

OBSERVACIONES: Es responsabilidad del empleado realizarse los exámenes ocupacionales y cuando el examen es de retiro el código sustantivo de trabajo en su artículo 57 numeral 4 dice que el trabajador tiene 5 días hábiles a partir de su autorización para asistir a realizarse los mismos, si no lo hace se entenderá que eludió o dilato la realización de estos.

NOTA: PARA REALIZACION DE LOS EXAMENES TENER EN CUENTA EL PROFESIOGRAMA.

1.121.956.447

Firma del trabajador



CELUTAXI CITY S.A.S
Firma de quien remite



Información General

| | | | |
|------------------|----------------------------|------------------|-------------------|
| Fecha impresión: | VILLAVICENCIO - 2023/01/30 | Nro Ingreso: | 20230130020116 |
| Paciente: | JEIMY NATHALY FLOREZ DIAZ | CC: | 1121956447 |
| Edad: | 24 años | Nombre Cliente: | CELUTAXI CITY SAS |
| Género: | Femenino | Tipo Evaluación: | Ingreso |
| Cargo: | RADIO OPERADOR | Convenio: | CELUTAXI CITY SAS |
| Origen: | CELUTAXI CITY SAS | Destino: | CELUTAXI CITY SAS |
| Fecha Atención: | 2023-01-30 07:47:33 | | |



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| | | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------|----------------|
| PARACLÍNICOS | LABORATORIO CLÍNICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
| AUDIOMETRIA OPTOMETRIA | LABORATORIO CLÍNICO | | |

Certificación de Aptitud

| | |
|--------------------------------|--|
| CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: | APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SIN OBSERVACIÓN |
| ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR: | Definición de caso para el SVE desordenes Osteomusculares CASO DESCARTADO |

Recomendaciones Generales

| | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Examen Periodico Ocupacional | <input type="checkbox"/> Realización Pruebas Complementarias | <input type="checkbox"/> Continuar Manejo Medico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pausas Activas | <input type="checkbox"/> Uso de E.P.I. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Postural | <input type="checkbox"/> Remitir a EPS | |

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

| | |
|----------------|---|
| Osteomuscular: | Acondicionamiento físico según requerimientos del cargo. Adecuación ergonómica de puestos de trabajo según disposición de la empresa. Capacitación para manejo de cargas según criterio del cargo |
| Visual: | Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual. |
| Auditiva: | Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral |

Recomendaciones Específicas

-PACIENTE REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE -DIETA RICA EN FRUTAS Y VEGETALES -REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 3 VECES A LA SEMANA -EN EL TRABAJO USO DE EPP

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.,

Profesional Ocupacional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA O
 Registro M.D: 474902001
 Licencia S.O: 78592022

Firma del Paciente: JEIMY NATHALY FLOREZ DIAZ
 Identificación: CC. - 1121956447