



**AUTORIZACIÓN EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES**

CT-RRHH-FM29-V01

25/09/2018

COLABORADOR :		FERNANDO ALEXANDER DIAZ HICAPIE			
Número de cedula:	1.075.274.412	VALOR A CANCELAR	\$0		
Cargo:	COORDINADOR DE CONTRATACION Y ADM	FACTURAR A:	CELUTAXI CITY S.A.S. NIT. 822006560-2		
Fecha:	25/04/2022				
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.					
					
Firma del trabajador			CELUTAXI CITY S.A.S Firma de quien remite		

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**

Prestador: 5000102053
Nit: 901200839-9
Direccion: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Telefono: 6668018-3176678051
Email: gerencia@integrarips.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con énfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR****Información General**

Fecha impresión: META / VILLAVICENCIO - 2022/05/25

Paciente:	FERNANDO ALEXANDER DIAZ	Origen:	CELUTAXI CITY SAS
CC:	1075274412	Destino:	CELUTAXI CITY SAS
Edad:	28 años	Cargo:	COORD CONTRATACION Y ADMON
Tipo Evaluación:	EXAMEN INGRESO	Nro Ingreso:	20220525020173 / PRINCIPAL
Fecha Ingreso:	2022-05-25 10:26:03	Fecha Salida:	2022-05-25T11:07:19Z

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNACION
		VISIOMETRIA	

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

OBSERVACIONES:

SIN OBSERVACIÓN

ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:

Definición de caso para el SVE desordenes Osteomusculares

CASO DESCARTADO

Recomendaciones Generales

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Examen Periodico Ocupacional | <input type="checkbox"/> Realizacion Pruebas Complementarias | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de E.P.P. |
| <input type="checkbox"/> Manejo Psicolaboral | <input type="checkbox"/> Remitir a ARL | <input type="checkbox"/> Control Periodico PP por EPS |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pausas Activas | <input type="checkbox"/> Remitir a EPS | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Postural | <input type="checkbox"/> Continuar Manejo Medico | |

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas**Recomendaciones Específicas y/o Restricciones.**

- CONTROL OPTOMETRIA ANUAL, USO DE LENTES PERMANENTES

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: Nelly Maryery Rey Cruz REY
Registro M.D: 1121830996
Licencia S.O: 4921-18

Firma del Paciente: FERNANDO ALEXANDER DIAZ
Identificación: C.C. - 1075274412



Información General

Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2023/04/28	Nro Ingreso:	20230428020122
Paciente:	FERNANDO ALEXANDER DIAZ HINCAPIE	CC:	1075274412
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	CELUTAXI CITY SAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Periodico
Cargo:	COORDINADOR CONTRATACION		
Origen:	CELUTAXI CITY SAS	Destino:	CELUTAXI CITY SAS
Fecha Salida:	2023-04-28 11:47:42	Fecha Atención:	2023-04-28 08:45:54



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS**LABORATORIO CLINICO****COMPLEMENTARIOS****VACUNAS**AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO:	CON RECOMENDACIONES
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	CONTINUA CON CORRECCIÓN OPTICA ACTUAL, USO DE GAFAS PERMANENTE,
	Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares
ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:	CASO DESCARTADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Recomendaciones Específicas

-CONTINUA CON CORRECCIÓN OPTICA ACTUAL, USO DE GAFAS PERMANENTE, -DIETA RICA EN FRUTAS Y VEGETALES - REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 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 presento y diligencio 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: FERNANDO ALEXANDER DIAZ HINCAPIE
Identificación: CC. - 1075274412