


AUTORIZACIÓN EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES				
 CT-RRHH-FM29-V01 25/09/2018				
MARLON ANDRES HERNANDEZ MENDOZA				
VALOR A CANCELAR \$0				
FAC: CELUTAXI CITY S.A.S. NIT. 822006560-2				
Fecha: 10/ enero /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		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		Firma de quien remite		

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

NIT 901200839-9
Dirección: 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: VILLAVICENCIO - 2023/01/10 Nro Ingreso: 20230110020127
Paciente: MARLON ANDRES HERNANDEZ MENDOZA CC: 1096220936
Edad: 29 años Nombre Cliente: CELUTAXI CITY SAS
Género: Masculino Tipo Evaluación: Ingreso
Cargo: COORDINADOR SGI Convenio: CELUTAXI CITY SAS
Origen: Destino:
Fecha Atención: 2023-01-10 08:38:50

**Pruebas de Apoyo Diagnóstico**

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
OPTOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SIN OBSERVACIÓN
DEFINICION DE CASO PARA EL SVE DESORDENES OSTEOMUSCULARES
ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR: CASO DESCARTADO

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Visual: Educacion en higiene visual. Uso de proteccion visual segun tipo de exposicion. Adecuada iluminacion del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Cardiovascular: Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promocion y prevencion de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tension arterial preventiva.

Auditiva: Control de exposicion a ruido en la fuente; proteccion auditiva de acuerdo con la exposicion a ruido; reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones Específicas

-PACIENTE CONTINUA USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) -SE SUGIERE VALORACION POR NUTRICION PARA DISMINUIR DE PESO. -INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR 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 0
Registro M.D: 474902001
Licencia S.O: 78592022

Firma del Paciente: MARLON ANDRES
HERNANDEZ MENDOZA
Identificacion: CC. - 1096220936