
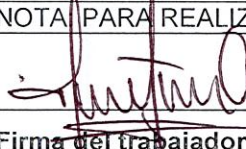



AUTORIZACION EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES		AUTORIZACION EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES	
		CT-RRHH-FM29-V01 25/09/2018	
MANUEL ANDRES CHAVARRO OVALLES		MANUEL ANDRES CHAVARRO OVALLES	
VALOR	Número de cédula: 86066947	\$0	VALOR A CANCELAR \$0
FACTURAR A:	CELUTAXI CITY S.A.S. NIT. 822006560-2	FACTURAR A: CELUTAXI CITY S.A.S. NIT. 822006560-2	
CARGO: COORDINADOR OPERATIVO		CARGO: COORDINADOR OPERATIVO	
Fecha: 10/ enero /2023		Fecha: 10/ enero /2023	
Proveedor que realiza exámenes:		IPS INTEGRAR	
Calle 15 No 37 L 10 Esperanza 8 Etapa		Calle 15 No 37 L 10 Esperanza 8 Etapa	
TIPO DE EXAMENES			
Examen de ingreso	X	Examen médico ocupacional (énfasis Biomecánico)	X
Examen de retiro		Visiometría	X
Examen periódico		Audiometría	X
Examen médico general		Valoración por Voz	
Vacuna tétano		Espirometría	
EXAMENES DE LABORATORIO			
		Cuadro hemático	
		Perfil lipídico	
		Grupo sanguíneo	
		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	



Información General

Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2023/01/10	Nro Ingreso:	20230110020138
Paciente:	MANUEL ANDRES CHAVARRO OVALLES	CC:	86066947
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	CELUTAXI CITY SAS
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	COORDINADOR OPERATIVO	Convenio:	CELUTAXI CITY SAS
Origen:	CELUTAXI CITY SAS	Destino:	CELUTAXI CITY SAS
Fecha Atención:	2023-01-10 09:14:38		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA			
OPTOMETRIA			

Certificacion 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 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	

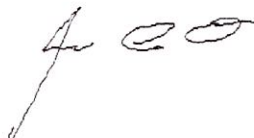
Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

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:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azúcares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones Específicas

-PACIENTE CONTINUA USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA -DIETA RICA EN FRUTAS Y VEGETALES - EVITARA ALIMENTOS RICO EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS -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 0
 Registro M.D: 474902001
 Licencia S.O: 78592022



Firma del Paciente: MANUEL ANDRES CHAVARRO OVALLES
 Identificacion: CC. - 86066947