

| TIPO CERTIFICACION  |                             |                         |                            |                                   |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. PREINGRESO [ X ] | 2. PERIÓDICO PROGRAMADA [ ] | 3. RETIRO [ ]           | 4. CONTROL [ ]             | 5. POST INCAPACIDAD [ ]           |
| 6. REUBICACIÓN [ ]  | 7. CASO OCUPACIONAL [ ]     | 8. TRAB. EN ALTURAS [ ] | 9. ESPACIOS CONFINADOS [ ] | 10. MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS [ ] |

| DATOS DEL PACIENTE                     |                                    |                    |            |
|----------------------------------------|------------------------------------|--------------------|------------|
| FECHA: 28/08/2023                      | EMPRESA EN MISIÓN: PARTICULARES SO |                    |            |
| NOMBRE: WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN | DOC. IDENTIDAD: CC 1193225381      |                    |            |
| CARGO: AUXILIAR DE CAJA                | EDAD: 23 AÑOS                      |                    |            |
| ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)               | FECHA DE NACIMIENTO: 2000-04-29    | EPS: SALUD TOTAL   |            |
| DIRECCIÓN: CL 11E 34 20 GALICIA        | TELÉFONO: 3108408888               |                    |            |
| PESO: 100 Kg                           | TALLA: 185 Cm                      | P. ABDOMINAL: 0 Cm | IMC: 29.22 |



1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SE PRATICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

| EXAMEN DE PREINGRESO                       |     |       |
|--------------------------------------------|-----|-------|
| CONCEPTO                                   | SI  | NO    |
| 1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION | [ ] | [ X ] |

| CONCEPTOS GENERALES |                 |                     |                       |                    |                   |              |
|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| 1. VISUAL [ ]       | 2. AUDITIVO [ ] | 3. RESPIRATORIO [ ] | 4. CARDIOVASCULAR [ ] | 5. PSICOSOCIAL [ ] | 6. ERGONOMICO [ ] | 7. OTROS [ ] |

|                            |                     |                     |
|----------------------------|---------------------|---------------------|
| REMISIONES SI [ X ] NO [ ] | ARL SI [ ] NO [ X ] | EPS SI [ X ] NO [ ] |
|----------------------------|---------------------|---------------------|

- RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR
- SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE.
  - DIETA SANA, ACTIVIDAD FISICA REGULAR COMO EJERCICIOS
  - IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ERGONOMICAS PARA PREVENCION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS
  - HIGIENE POSTURAL
  - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDES CON LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL.
  - LINEAMIENTOS NACIONALES PARA PREVENCION DE CONTAGIO Y PROPAGACION DE COVID-19, COMO LAVADO DE MANOS FRECUENTES, USO DE MASCARILLAS NASOBUCAL
  - IMPLEMENTAR POLITICA DE AUTOCUIDADO
  - IMPLEMENTAR POLITICA DE AUTOREPORTE
  - SIN ALTERACION DE LA CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO
  - OSTEOMUSCULAR NORMAL
  - CARDIOVASCULAR NORMAL
  - IMC: 29.22 NUTRICIONISTA E.P.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONSIDERANTE AL PROPOSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISOS ES IDENTIFICAR SINTOMAS DE SALUD Y REALIZAR DIAGNOSTICOS PREVENTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL, ASÍ COMO LOS DESARROLLOS, SELECCION Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL QUAL, QUE ME RECONOZCO, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y VOLUNTARIA EL CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACION DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA INDETERMINADA LEGAL, VIGENTE PARA LA CUOTIDIANA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, PASADO Y PRESENTE, EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS S.A.S, YO RECONOZCO LA RAZON DE LA EMPRESA, QUIEN TRABAJO A SU CARGO DICHO DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIABILIDAD. PORQUE ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACION DE MI PARTE O CUANDO MEDE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2341 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACION DE SALUD OBTENIDA EN LA CONSULTA DE SALUD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 2460 DE 1991, RESOLUCION 3440 DE 2009 Y LOS QUE LOS MODIFICAN) Y SILO SERA USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO DE MIAL MANERA, DOY MI AUTORIZACION EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS S.A.S, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACION EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLINICOS Y OTRAS QUE AFUJEN SEGUN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACION QUE SUUESTRO ES VERDICA Y NO OBTUO NINGUN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME GUSTA EL ARTICULO 23 DEL DECRETO 1260 DE 1994.

*[Signature]*  
Dr. Eduardo Antonio Marino Garcia  
MEDICO OCUPACIONAL  
TP. 1591  
RS. 2024

*WILMER Redondo*



CAPTURA BIOMETRICA

EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA  
CC 7473338  
MEDICO OCUPACIONAL  
TP. 1591  
RS. 2024

WILMER ALFONSO REDONDO FLORIAN  
CC 1193225381  
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS  
CORRESPONDEN A LA VERDAD

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA  
CARRERA 5 N 26B-23 3187117423  
Fecha de Impresión: 25/05/2023 - 11.41