Santa Clara
I.P.S Ocupacional
NIT. 900.207.684-2
Calle 23AN # 2N 75 - Cali, Colombia
Cel. 3183482110 - Tel. 6682828 - E-mail. directormedico@santaclara.com.co
facturacion@santaclara.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.516

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	02 MES	2020 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CASTAÑEDA JORGE JONIER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	53 AÑOS 10 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	12132144 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE CARDIOVASCULAR	
VALORACIÓN POR EPS : OFTALMOLOGIA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA USO DE GAFAS , SE RECOMIENDA USO DE MEDIAS DE COMPRESION DIARIAS, SE RECOMIENDA BAJA DE PESO
SE RECOMIENDA VALORACION OFTALMOLOGIA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CARRILLO PEREA DIANA ISABEL

R. M.: 764247 L.S.O.: 2173 - 2017

Código de Seguridad
A703G1M1516

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CASTAÑEDA JORGE JONIER

CC: 12132144

Escaneado con CamScanner