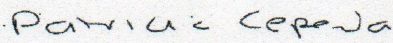




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16,216

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	01 MES	2023 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				SENA			
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)							
LOPEZ ESCALANTE YESENIA CATERINE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	33 AÑOS 9 MESES 26 DÍAS	CC	1118540431
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INSTRUCTOR SENA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR NUTRICION			USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS PERMANENTES			SVE VISUAL			CONTROL DE PESO : POR PROGRAMA DE RCV EN EPS	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE CARDIOVASCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA	
			CAPACITACIÓN : EN SST				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SIN ALTERACIONES A LA VALORACION MEDICA QUE LIMITEN EL DESEMPEÑO DE LA LABOR CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA EL CARGO CONTINUAR CONTROL Estricto DE PESO CON NUTRICION EN EPS REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE SE DAN RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO TANTO LABORAL COMO EXTRALABORAL CONTINUAR CON PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA PREVENCIÓN DE COVID 19							
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				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CEPEDA QUILINDO PATRICIA				 Firma: _____ Nombre: LOPEZ ESCALANTE YESENIA CATERINE			

