

ACTIVA IPSO S.A.S

NIT. 901.485.534-0

Carrera 17n #6-66 - Cel. 3013942324 - E-mail. gerencia.activaipso@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.717

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2022 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR
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)

RESTREPO SANCHEZ WILSON ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 8 MESES 13 DÍAS	CC	1061707537
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

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
VALORACIÓN POR EPS : ENDOCRINOLOGIA	USO DE EPP : SEGUN MATRIZ DE PELIGROS	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : 10 M CADA 4 H	CONTROL DE PESO : BAJAR 15 KG
	CAPACITACIÓN : EN SST	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SIN SIGNOS O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COVID 19 AL MOMENTO DE SU EXAMEN
APTO SIN RESTRICCIONES
CONTINUAR MEDIDAS ANTICOVID
SE DAN PAUTAS DE AUTOCUIDADO INTRA Y EXTRALABORALES
CONTROL DE PESO
IC POR ENDOCRINOLOGIA

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Juliana A. Ramos Ch
Juliana A. Ramos Charry
MÉDICO CIRUJANO
R.M. 24613993

Firma: _____

Nombre: RAMOS CHARRY JULIANA ALEJANDRA

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: RESTREPO SANCHEZ WILSON ALEJANDRO

Software para el sector salud - www.bioflle.com.co

Impreso el 25/01/2022 a las 11:17 a.m.

Escaneado con CamScanner