IPS EPSALUD OCUPACIONAL S.A.S
TU LABOR ES IMPORTANTE, TU SALUD AÚN MÁS

NIT. 900663299-4
Carrera 3ª 1-17, Guaduas, Cundinamarca, Colombia
Tel. 091-8466176- 3118633161
E-mail. eunipama@yahoo.es



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.471

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	12 MES	2021 AÑO	GUADUAS (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

CONSUMIDOR FINAL	CONSUMIDOR FINAL
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)

VIVAS RIVERA YANIRA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	50 AÑOS 7 MESES 26 DÍAS	CC	39811097
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON EL PERFIL PARA EL CARGO SIN RESTRICCION.

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:

AUDIOMETRIA	✓	OPTOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL ANUAL POR ORTOPEDIA	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	OTROS : USO DE FERULA A NECESIDAD	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS. SI PRESENTA FIEBRE Y SINTOMAS RESPIRATORIOS AISLAMIENTO EN CASA Y AVISAR A JEFE INMEDIATO.

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



Firma:

Nombre: CHAVES PORTILLA GUILLERMO ADRIAN

R. M.: 25852/04 **L.S.O.:** 253820 DE 2013

Código de Seguridad
V674B1H4471

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VIVAS RIVERA YANIRA

CC: 39811097