IPS ANMEDIPREV LTDA.

Nit. 900574946-1
Tel. 5705811- 3115530524
Carrera 44 A No 22- 50
ipsanmediprevgerencia@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22,160

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	PROCOM INGENIERIA SAS

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BARRERO MOLINA EILEN YOHANA	FEMENINO	43 AÑOS 9 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	52457447 (Número)

Cargo
RESIDENTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*

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	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CON PATOLOGÍA BASE QUE PONE EN RIESGO LA VIDA EN CASO DE CONTAGIO COVID	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS PERMANENTES	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL
SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020 EL PACIENTE PRESENTA UNA MORBILIDAD BASE QUE PONGA EN RIESGO LA VIDA EN CASO DE CONTAGIO COVID

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

Sandra Rodriguez
Dra. Sandra Rodriguez
Licencia S.O. 12913
Del 11 / 09 / 2015

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 **L.S.O.:** SO 12913

Código de Seguridad
J622P1V22160

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BARRERO MOLINA EILEN YOHANA

CC: 52457447