IPS ARCE G. S.A.S.
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SG SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO IPS ARCE G S.A.S
NIT. 900.972.961-8
Calle. 9C # 29A-43 B/ CHAMPAGNAT, Cali
Cel. 318 258 1252 - Tel. 3879845 - 3082466 - E-mail. saludyseguridadcali@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.352

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	10 MES	2023 AÑO	CALI (COLOMBIA, VALLE DEL CAUCA) Ciudad	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR	INDEPENDIENTES
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARPIO SALAZAR JESSICA STEFANIA	FEMENINO	26 AÑOS 8 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	1087207154 (Número)

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES Y CUMPLE PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

SI	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EMO INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- REALIZAR EJERCICIO PERIODICAMENTE.
- PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SEGÚN POLITICA DE LA EMPRESA.
- ADECUADO ESTILO DE VIDA Y ALIMENTACION SALUDABLE.
- PREVENCION EN FACTORES DE RIESGO BIOMECANICO, ENFASIS EN COLUMNA LUMBOSACRA.
- USAR (EPP) ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN MATRIZ DE LA EMPRESA.
- SEGUIR NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LAVADO DE MANOS, PROTOCOLOS DE PREVENCION 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Nombre: HERNANDEZ ARENAS ALBERTO AUGUSTO

R. M.: 03432 **L.S.O.:** 41450211036

Código de Seguridad
B282H1N14352

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARPIO SALAZAR JESSICA STEFANIA

CC: 1087207154