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° 2.432

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	10 MES	2021 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)

MATAMBA PORTOCARRERO RAMON EUSTORGIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	62 AÑOS 6 MESES 24 DÍAS	CC	12907476
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ESTRENADOR DE BOXEO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

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
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
CONTROLES DE SU CONDICION DE PRESION ARTERIAL POR SU EPS		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA INTERNA/		HACER DEPORTE
NUTRICION		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PREVENCION EN FACTORES DE RIESGO BIOMECANICO, ENFASIS COLUMNA LUMBOSACRA-PAUSAS ACTIVAS SEGÚN POLITICA DE LA EMPRESA ADECUADO ESTILO DE VIDA, ALIMENTACION SALUDABLE, REALIZAR EJERCICIO FISICO PERIODICAMENTE - USO DE EPP ADECUADOS AL PERFIL DE RIESGO PARA EL CARGO, SEGUIR NORMAS DE BIOSEGURIDAD, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS, USO DE TAPABOCAS

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

Médico

Dra. María Fernanda Alhay
Medico especialista
en salud ocupacional
RM 760119
Lic 50312/2015

Firma:

Nombre: ALHAY GARCIA MARIA FERNANDA

Aspirante o Trabajador

RAMON E MATAMBA P

Firma:

Nombre: MATAMBA PORTOCARRERO RAMON EUSTORG