

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.930

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	07 MES	2021 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA	GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA

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	
PORRAS RIVERA JOHN BREITNER	MASCULINO	29 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	1114453458 (Número)

Cargo: **CONTRATISTA**

Celular: **3166236425**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO , RECOMENDACIONES ANOTADAS*

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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTINUAR CONTROL EN SU EPS POR ANTECEDENTES DE BASE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PREVIA DESINFECCIÓN DE MANOS Y PIES Y DILIGENCIADO FORMATO CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA COVID- 19 , EN LA EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DEL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR, EVALUANDO LA PRESENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS SIN HALLAR EN EL MOMENTO EVIDENCIA DE PÁDECER DE ENFERMEDAD RELACIONADAS POR COVID 19; SIN EMBARGO ESTA EVALUACION NO GARANTIZA QUE EL TRABAJADOR EN DIAS POSTERIORES NO PRESENTE LA ENFERMEDAD, EN CASO DE PRESENTAR ALGUN SINTOMA AL RESPECTO SE RECOMIENDA REALIZAR UNA NUEVA VALORACION MEDICA EN SU EPS.

SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD POR CONDICION DE BASE QUE LE PONE EN RIESGO DE HACER COMPLICACIONES EN CASO DE INFECCION POR COVID 19, SE RECOMIENDA QUE EL TRABAJADOR REALICE SUS ACTIVIDADES LABORALES DE MANERA REMOTA A DISTANCIA, O EN CASO DE QUE LAS ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑE, POR SU NATURALEZA, NO PUEDAN DESARROLLARSE DE MANERA REMOTA, DEBE SER PRIORIZADO EN LOS TURNOS O EN CUALQUIER OTRA FORMA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, PARA QUE TENGA UN MENOR RIESGO DE CONTACTO CON OTRAS PERSONAS.
CONTINUAR CONTROL Y TRATAMIENTO EN SU EPS POR ANTECEDENTES DE LEUCEMIA LINFATICA CRONICA ACTUAL NIEGA SINTOMATOLOGIA RELACIONADA CON LA PATOLOGIA

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

Médico

Firma:

Nombre: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA

R. M.: 137420-04 L.S.O.: 0420

Dra. Laura Daniela Anaya H. C.C. 22.857.[illegible] T.P. 137420 - 04
Médico General - R.M. 137420 - 04
Esp. Salud Ocupacional - Reg. 0420

Aspirante o Trabajador

Firma: John Breitner Porras

Nombre: PORRAS RIVERA JOHN BREITNER

CC: 1114453458