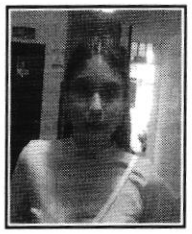
**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD**
**IPS S.A.S.**
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 138.202

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 6 DÍA | 09 MES | 2023 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN 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 usuaria |
|---|---|
| DISCEP S.A.S. | DISCEP 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 | |
|---|---|---|---|---|
| ORTIZ PARADA MARIA PATRICIA | FEMENINO | 26 AÑOS 10 MESES 8 DÍAS | Tipo: CC | Número: 1095945932 |

Cargo
**AUXILIAR SISO**

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

Observaciones: *NO APLICA*

| | | |
|---|---|---|
| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | **N/A** |

| RESTRICCIONES LABORALES | RECOMENDACIONES |
|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA |

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

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL | ---------- |

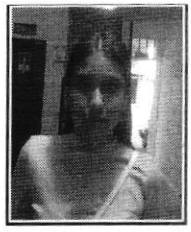
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| ---------- | ---------- | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

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 | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Lida Ferreira C LIDA FERREIRA CARO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RESOLUCIÓN No 06197 | Patricia Ortiz |
| **Firma:** | **Firma:** |
| **Nombre:** FERREIRA CARO LIDA | **Nombre:** ORTIZ PARADA MARIA PATRICIA |
| **R. M.:** 251536 **L.S.O.:** 06197 | **CC:** 1095945932 |

**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD**
**IPS S.A.S.**
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



**Código de Seguridad**
V1B57H138202

N° 138202

# RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 06 DÍA | 09 MES | 2023 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

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

| DISCEP S.A.S. | DISCEP SAS |
|---|---|
| **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)

| ORTIZ PARADA MARIA PATRICIA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 26 AÑOS 10 MESES 8 DÍAS | CC | 1095945932 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**AUXILIAR SISO**

**TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD:** NO

**RECOMENDACIONES HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**

HACER DEPORTE

**Datos del Médico:**

Lida Ferreira C LIDA FERREIRA CARO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RESOLUCIÓN No 06197

**Profesional:** FERREIRA CARO LIDA
**R. M.:** 251536 **L.S.O.:** 06197
**Especialidad:**

**Responsable del SG-SST:**

FIRMA AQUI

**Documento:**
**Nombre:**
**Fecha:**

**Recibido por el trabajador o apirante:**

FIRMA AQUI

**Documento:**
**Nombre:**
**Fecha:**