

IPS FIGURAS SPA CUCUTA S.A.S

NIT. 900253624-6

Calle 21 A # 0B-122 Barrio Blanco - Cúcuta, Colombia
Cel. 315 852 5385 - Tel. 5710828
E-mail. ipsfigurascucuta@gmail.com

VIGILADO Supersalud



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.373

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	03 MES	2019 AÑO	CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES	**PARTICULARES**
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)

JAIMES VERA YENI XIOMARA	Genero	Edad	Teléfono		Documento de Identificación
	FEMENINO	26 AÑOS	3168504584	CC	1094270174
Apellidos y Nombres				Tipo	Número

Cargo **ABOGADA**

Eps **COMEVA** Afp **PORVENIR** Arl **POSITIVA** Grupo Sanguineo **O +**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

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 MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA
		FOMENTAR EL AUTOCUIDADO

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

Dr. William Barbosa
Médico General
RL SA 3861
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 0216 - C.C. 13.473.953

Firma:

Nombre: BARBOSA MERCADO WILLIAM

R. M.: 3861 **L.S.O.:** 216

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: JAIMES VERA YENI XIOMARA

CC: 1094270174

