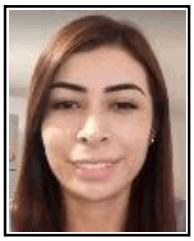


IPS FIGURAS SST CUCUTA S.A.S

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° 20.342

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	09 MES	2023 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

CC . - 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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Teléfono	Tipo	Número
JAIMES VERA YENI XIOMARA	FEMENINO	30 AÑOS 9 MESES 21 DÍAS	3168504584	CC	1094270174

Cargo
ABOGADA

Eps **NUEVA EPS** Áfp **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 ✓	----------	

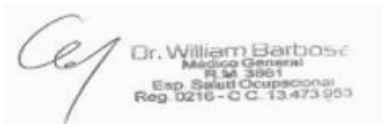
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN SOBRE RIESGO ERGONÓMICO, RIESGO PÚBLICO Y TRABAJO SEGURO	DIETA BALANCEADA
	APLICACIÓN DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	FOMENTAR EL AUTOCUIDADO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HOY ASINTOMATICO RESPIRATORIO SIN SOSPECHA PARA COVID19. LA AUSENCIA DE SIGNOS O SINTOMAS NO GARANTIZA QUE EN EL FUTURO PUEDA TENER CONTAGIO. POR LO QUE SI LLEGASE A PRESENTAR MANIFESTACIONES CLINICAS ASOCIADAS AL EVENTO MENCIONADO DEBE CONSULTAR SU EPS

- SE SUGIERE ACTUALIZAR ESQUEMA DE VACUNACION DE ACUERDO A LOS NUEVOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA Y ASISTIR CONTROLES POR PROMOCION Y PREVENCION EN SU EPS

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	Aspirante o Trabajador
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: BARBOSA MERCADO WILLIAM	**Nombre:** JAIMES VERA YENI XIOMARA
R. M.: 3861 **L.S.O.:** 216	**CC:** 1094270174