PREVENTSALUD IPS S.A.S.
NIT. 900540214-0
Calle 15 Sur #16-46
Cel. 317 298 48 90 - Tel. 757 53 28 - E-mail. administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



N° 20.126

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	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)

SILVA GARCIA FRAY DAMIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	32 AÑOS 2 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1019053755 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
INGENIERO DE APOYO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA DESEMPEÑAR EL CARGO		
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 MEDICA OCUPACIONAL	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VASLORACION OSTEOMUSCULAR , CON PRUEBAS DE EQUILIBRIO CON Y SIN APOYO VISUAL NORMAL .
MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
DIETA SALUDABLE

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
Firma:		Firma: Arzys
Nombre: CUENCA SANCHEZ CARLOS ARTURO		Nombre: SILVA GARCIA FRAY DAMIAN
R. M.: 4516 L.S.O.: 753	Código de Seguridad V877B1H20126	CC: 1019053755

Powered by CamScanner