LABORAMOS SALUD OCUPACIONAL
NIT: 900849221-0
Dirección: Cra 51 # 52-72 2do Piso (Calle Lozada)
Segovia, Antioquia
Celular: 312 883 7201
email: laboramossaludocupacional@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.946

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	02 MES	2024 AÑO	SEGOVIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
VANESA SALAZAR TOBON	VANESA SALAZAR TOBON

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	
SALAZAR TOBON VANESA	FEMENINO	32 AÑOS 6 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	1046909040 (Número)

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	NO APLICA
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	NO APLICA
CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	NO APLICA

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	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	CONSENTIMIENTO INFORMADO	✓

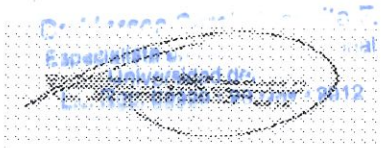
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : - H527 - USA LENTES	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : - E669 - H833 -	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- H833: (OÍDO DERECHO: NORMAL(0 - 25 DB) OÍDO IZQUIERDO: NORMAL(0 - 25 DB)
- IMC: 32.0 -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, 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 consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completa veridicas y no oculto ninguna patología preexistente y/o accidente que haya sufrido. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci 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 misn legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente 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



Firma:

Nombre: IZAQUITA FLOREZ MARCOS SERGIO

R. M.: 8387 / 87 - MINSALUD L.S.O.: 2022060368025 - 31/O

Aspirante o Trabajador

Vanesa Salazar T.

Firma:

Nombre: SALAZAR TOBON VANESA

CC: 1046909040