IPS ANMEDIPREV LTDA.

Nit. 900574946-1
Tel. 5705811- 3115530524
Carrera 44 A No 22- 50
ipsanmediprevgerencia@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29.236

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN DE INGRESO**

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

SERVIOBRAS PP SAS	**SERVIOBRAS PP 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)

ESPINOSA BUSTAMANTE CRISTIAN CAMILO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	32 AÑOS 11 MESES 15 DÍAS	CC	1030588344
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CADENERO PRIMERO

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

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

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

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS PERMANENTES	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

DIETA BAJA EN GRASAS Y AZUCARES EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA CONTROL POR EPS POR NUTRICIONISTA, ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL
SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020 EL PACIENTE NO PRESENTA NINGUNA MORBILIDAD BASE QUE PONGA EN RIESGO LA VIDA EN CASO DE CONTAGIO COVID

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

Sandra Rodriguez
Dra. Sandra Rodriguez
Licencia S.O. 12913
Del 11 / 09 / 2015

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 **L.S.O.:** SO 12913

Código de Seguridad
E622K1Q29236

Aspirante o Trabajador

Firma: CRISTIAN ESPINOSA

Nombre: ESPINOSA BUSTAMANTE CRISTIAN CAMILO

CC: 1030588344