

H.C.: 1035856031-380757

Fecha y Lugar: 16/04/2024 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

PARTICULAR

NIT: 1

Empresa en Misión: -

Actividad Económica:

Dirección:

Teléfono: 0 -

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail:

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JUAN CARLOS VANEGAS ALZATE

Género: MASCULINO Edad: 34

Fecha y Lugar de Nacimiento: 13/12/1989 MEDELLIN

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CR 18 N 9-79 MEDELLIN

ARL: NO REPORTA

Identificación: 1035856031

Teléfono: 3506109376

Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Escolaridad: BACHILLERATO

EPS: EPS SURA

AFP: NO REPORTA

Rh: RH O+

Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. ACLARACIONES AL CONCEPTO MÉDICO

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.

INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.

COMBINAR TAREAS ESTÁTICAS CON OTRAS DE MOVIMIENTO DINÁMICO.

EN PUESTOS DE TRABAJO CON UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE CÓMPUTO Y PANTALLAS:

EVITAR REFLEJOS EN LA PANTALLA

TRABAJAR EN UNA HABITACIÓN CON ILUMINACIÓN HOMOGÉNEA

EMPLEAR UN TAMAÑO DE LETRA LEGIBLE

HACER DESCANSOS Y PRACTICAR EJERCICIOS VISUALES

VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO

Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.

La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.

Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.

Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Calle 49 # 40-11, C.C Tranvía Plaza. Piso 6 – Local 611 TELs: 6045202000 /318 3470365 E-Mail: servicioalcliente@laboravitalips.com Medellín - Colombia

Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.sigaitda.com.co

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.



Médico Especialista en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

Firma y cédula del Paciente
JUAN CARLOS VANEGAS ALZATE
1035856031