IPS Que todo es Vida!!!

Servidoensalud S.A.S.
Tu Medico en Casa

IPS SERVIDOENSALUD S.A.S
NIT. 900064578-4

Carrera 18 N° 35 - 70, Barrio 20 de Julio. Yopal - Casanare - Colombia
Cel. 3134339734 - Tel. (8) 6333336 - E-mail. servidoensalud@yahoo.es
www.servidoensalud.com

SERVICIO INTEGRAL DOMICILIARIO



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.241

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	03 MES	2024 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CORREA DURAN ORLANDO ANDRES	MASCULINO	32 AÑOS 9 MESES 1 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1090435959

Cargo
INDEPENDIENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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:

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	USO DE EPP : SEGUN RIESGO	HABITOS SALUDABLES
	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PROMUEVA SU AUTOCUIDADO,
REALIZAR EJERCICIO 40 MINUTOS 3 VECES POR SEMANA, CONSUMIR ALIMENTACION BALANCEADA

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

Firma: Sandra Archila

Nombre: ARCHILA CARDENAS SANDRA BIBIANA

R. M.: 0683 L.S.O.: 01362

Código de Seguridad
J1210P1V1241

Aspirante o Trabajador

Firma: Orlando Correa

Nombre: CORREA DURAN ORLANDO ANDRES

CC: 1090435959