métrica
PREVENCIÓN Y SALUD

NIT 1.128.271.386-5
Cel. 311 778 7971
Calle 18 No 20 - 14
info@metricasalud.com
Yarumal, Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.255

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	03 MES	2023 AÑO	YARUMAL (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FERRETERIA PUNTO AMARILLO YARUMAL S.AS.	FERRETERIA PUNTO AMARILLO YARUMAL S.AS.

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	
VALENCIA ORREGO KATHERIN ALEJANDRA	FEMENINO	17 AÑOS 6 MESES 10 DÍAS	TI (Tipo)	1041631261 (Número)

Cargo
APRENDIZ SENA (RECURSOS HUMANOS)

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *CON RECOMENDACIONES*

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:

VISIOMETRÍA ✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL - INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
ESPECIALISTA : OPTOMETRÍA REVISIÓN PERIÓDICA	CAPACITACIÓN : CUMPLIR CON PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SIN HALLAZGOS OSTEOMUSCULARES QUE GENEREN RESTRICCIONES
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIÓDICA SEGÚN PROFESIOGRAMA.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS
- VISIOMETRÍA: ALTERACIÓN LEVE DE LA REFRACCIÓN, PARCIALMENTE CORREGIDA; REQUIERE VALORACIÓN PERIÓDICA CON OPTOMETRÍA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en est documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar e propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de es examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger l confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a la personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema d 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 cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco ha sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: ESPINOSA ROJAS ALVARO ALEJANDRO

R. M.: 5419614 L.S.O.: S2019060301692

Código de Seguridad
J638P1V10255

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VALENCIA ORREGO KATHERIN ALEJANDRA

TI: 1041631261