

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 21.337

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	06 MES	2021 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

TELEPACIFICO	**TELEPACIFICO**
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)

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FIERRO HERRERA TATIANA	FEMENINO	38 AÑOS 8 MESES 0 DÍAS	CC	38790886
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

Celular
3167588446

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: *RECOMENDACIONES ANOTADAS*

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	OTROS : USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO ESTRICTO Y ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LE SUMINISTREN, ACORDE CON LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE SE ENCUENTRE EXPUESTO. -EVITAR PERMANECER MUCHO TIEMPO EN LA MISMA POSTURA (MÁXIMO 2 HORAS)
-DEBE HACER PAUSA ACTIVA CADA DOS HORAS DURANTE 10 MINUTOS.
-AUTO EXAMEN DE MAMA MENSUAL
CITOLOGÍA VAGINAL CONTROL CADA AÑO O DE ACUERDO A RESULTADO
CERTIFICO QUE EN LA ATENCIÓN BRINDADA AL USUARIO SE CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL EN CUANTO AL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y MEDIDAS DE HIGIENE GENERAL PARA EVITAR LA INFECCIÓN DEL CORONAVIRUS COVID 19 .
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN DÉFICIT NEUROLÓGICOS, BUENA RESPIRACIÓN, NIEGA DOLOR ARTICULAR O LIMITACIÓN FÍSICA, NIEGA SÍNTOMA GRIPAL O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS .
ADEMAS MANTENER DISTANCIAMIENTO OBLIGATORIO PREVENTIVO, USAR TAPA BOCA, LAVADO DE MANOS CADA DOS HORAS, NO SALUDAR DE ABRAZOS Y BESOS.

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA	Nombre: FIERRO HERRERA TATIANA
R.M.: 137420-04 L.S.O.: 0420	CC: 38790886