OCUPSALUD S.S.T S.A.S
Seguridad total e integral en el trabajo

NIT. 901390540-6
Carrera 38 # 20 -37 - Barrio Morasurco, Pasto - Nariño, Colombia
Cel. 314 611 2620 - E-mail. ocupsaludpasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29.033

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	12 MES	2023 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS MANIPULACION DE ALIMENTOS

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

SERVINARIÑO E.U

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SEGURA QUIÑONEZ ALEXA NICASIA	FEMENINO	40 AÑOS 3 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	59312388 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
07/09/1983	3185798788	SECUNDARIA	A +	SOLTERO(A)	69.00	161.00	26.62 - SOBREPESO

Cargo
SUPERVISORA DE PRODUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓	COPROLÓGICO	✓
CARNET Y CERTIFICADO DE ALIMENTOS	✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR	✓
KOH DE UÑAS	✓	FROTIS DE GARGANTA	✓
SEROLOGÍA VDRL	✓	HEMOCLASIFICACION	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

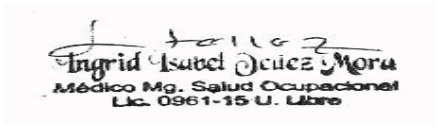
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EMPRESAS

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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



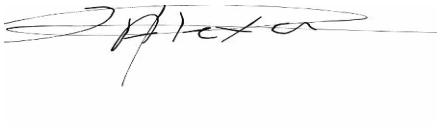
Firma:

Nombre: TELLEZ MORA INGRID ISABEL

R. M.: 522711 **L.S.O.:** 0961

Código de Seguridad
D789J1P29033

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SEGURA QUIÑONEZ ALEXA NICASIA

CC: 59312388