SoluIntegral SAC S.A.S.

Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clinica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.350

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	05 MES	2024 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
COMERCIALIZADORA AGROPLASTICOS DE OCCIDENTE // COMERCIALIZADOR	COMERCIALIZADORA AGROPLASTICOS DE OCCIDENTE // COMERCIALIZAD

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	
MUÑOZ BRAVO JESUS ENUAR	MASCULINO	44 AÑOS 4 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	15815661 (Número)

Cargo
TRANSPORTADOR DE CARNICOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN 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 ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO : PERDIDA GRADUAL DE 11 KG
	CAPACITACIÓN : RELACIONADAS CON EL CARGO Y CON EL SGSST	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ADULTO EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA

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

Ingrid S. Calvache O. Médico General U.C.C. Reg. M. 1061710999 Esp. SST U. Cauca / Res. 13133 11-19

Firma:

Nombre: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA

R. M.: 1061710999 **L.S.O.:** 13133/2019

Código de Seguridad
Z1003F1L9350

Aspirante o Trabajador

Jesus Muñoz Bravo

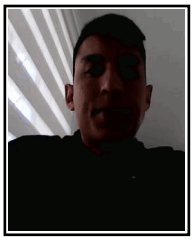
Firma:

Nombre: MUÑOZ BRAVO JESUS ENUAR

CC: 15815661

SoluIntegral SAC S.A.S.

Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clinica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.355

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	05 MES	2024 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS**

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

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
CASA ODONTOLOGICA IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA SAS	**COMERCIALIZADORA AGROPLASTICOS DE OCCIDENTE // COMERCIALIZAD**

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	
VEGA HOYOS ROBISON DARIO	MASCULINO	30 AÑOS 10 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1061760201 (Número)

Cargo
COORDINADOR LOGISTICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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 CON ÉNFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN : RELACIONADAS CON EL CARGO Y CON EL SGSST	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ADULTO EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA, SE DERIVA A EPS PARA ESTUDIOS POR SINTOMAS DE ORIGEN COMUN QUE NO INTERFIEREN CON SU TRABAJO.
SE RECOMIENDAN BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA, USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS.

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

Ingrid S. Calvache O. Médica General UCC R.M. 1061710999 Esp. SST U. Cauca / Res. 13133 11-19

Firma:

Nombre: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA

R. M.: 1061710999 **L.S.O.:** 13133/2019

Código de Seguridad
B1003H1N9355

Aspirante o Trabajador

Robinson Vega

Firma:

Nombre: VEGA HOYOS ROBISON DARIO

CC: 1061760201