IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO

FECHA: 25 DE MAYO DE 2024

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	IVAN DARIO TRUJILLO CHAVEZ				
Edad:	27 AÑOS		**Cedula de Ciudadanía:**		1.085.333.024
Dirección de la Vivienda.	CGTO JAMONDINO SECTOR LA LOMA DIAGONAL 16 CASA 20		**Teléfono de Contacto:**		3148806043
EPS:	NUEVA EPS	**ARL:**	POSITIVA	**AFP:**	PORVENIR

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	INSTITUTO CASAS FISCALES DEL EJERCITO SAN JOSE DEL GUAVIARE
Cargo:	Prestador de Servicios

PESO:	**71 KG**			**TALLA:**	**1.67 Mt.**		**IMC:**	**25.53**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**			
Físico	Normal	X		**Visiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal	X		
	Anormal				Anormal			

LABORATORIOS CLINICOS: No aplica.

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondientes.

RESTRICCIONES: Ninguna.

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas, fomentar hábitos y estilos de vida saludable.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 medico 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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 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.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MEDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
Lic. Cupo. 606-2022

DRA. CAROLINAGARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-20221.082.692.732

IVAN DARIO TRUJILLO CHAVEZ
CC: 1.085.333.024