

ACTIVA IPSO S.A.S

NIT. 901.485.534-0

Carrera 17n #6-66 - Cel. 3013942324 - E-mail. gerencia.activaipso@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.685

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	01 MES	2022 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR
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)

OVIEDO IVAN DANIEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 8 MESES 22 DÍAS	CC	10303348
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
COORDINADOR JURIDICO

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

Observaciones: *NO APLICA*

[redacted] 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 MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO GAFAS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO : BAJAR PESO 13 KG
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : EN SST	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VALORACION POR TELECONSULTA, SE EXPIDE CERTIFICADO LABORAL EN BASE A DATOS PROPORCIONADOS POR EL USUARIO Y REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLINICA
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
SE DAN RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO TANTO LABORAL COMO EXTRALABORAL
CONTINUAR CON PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA PREVENCION DE COVID 19

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 [redacted]dencialidad 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

Patricia Cepeda

Firma: _____

Nombre: CEPEDA QUILINDO PATRICIA

R. M.: 10251/2015 L.S.O.: 10251/2015

Código de Seguridad
C979I1O3685

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: OVIEDO IVAN DANIEL

CC: 10303348