

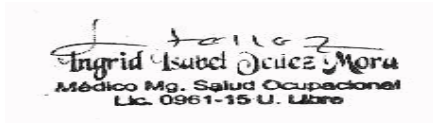


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.996

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN					TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	11 MES	2023 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)		EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS MANIPULACION DE ALIMENTOS			
			Ciudad					
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)								
CUARAN ROSALES TANIA YAMILE					Genero	Edad	Documento de Identificación	
					FEMENINO	27 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC	1086302591
Apellidos y Nombres							Tipo	Número
Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC	
05/08/1996	3172318416	UNIVERSITARIO	A +	SOLTERO(A)	62.30	150.00	27.69 - SOBREPESO	
Cargo SUPERVISOR								
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		
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
						DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
RECOMENDACIONES EMPRESAS								
<ul style="list-style-type: none"> 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 								
<p>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.</p>								

Médico



Firma:

Nombre: TELLEZ MORA INGRID ISABEL

R. M.: 522711

L.S.O.: 0961



Código de Seguridad

F789L1R27996

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CUARAN ROSALES TANIA YAMILE

CC: 1086302591