

LABORIUS S.A.S.

Carrera 108 N° 42 - 17 Torre 2 Apto 307 - Cali, Colombia
Cel. 316 3513536 - Tel. 4005737 - E-mail. ulcmagistermso@gmail.com
www.laborius.com.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 841

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

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

HERMOSA ORTIZ CAROLINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	46 AÑOS 4 MESES 13 DÍAS	CC	66949177
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRADOR DE NEGOCIOS

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

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES*

NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS
NO APLICA	PARA TRABAJAR CON RADIAZION IONIZANTE
NO APLICA	PARA TRABAJAR CON CONDUCCION DE VEHICULOS
NO APLICA	PARA TRABAJAR CON ENERGIA DE ALTA TENSION
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTAS TEMPERATURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN BAJAS TEMPERATURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN BRIGADA
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA	TEMPORAL	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 DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CAPACITACIÓN	
	REVISIÓN PUESTO DE TRABAJO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. TRABAJADORA ASINTOMÁTICA RESPIRATORIA. SE ORDENA EL USO DE EPP Y ACATAR ESTRICTAMENTE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD POR EMERGENCIA COVID - 19.
2. PRESENTA DEFECTO REFRACTIVO SEGÚN SU MAS RECIENTE EVALUACIÓN. SE ORDENA VALORACIÓN MENOR A 1 AÑO POR ESPECIALIDAD, USO PERMANENTE DE CORRECTIVO VISUAL DURANTE SU JORNADA LABORAL E INCLUSIÓN EN EL SVE VISUAL DE SU EMPRESA.
3. SIN LIMITACIÓN PARA SU MOVILIDAD. ASINTOMÁTICO EN SU EVALUACIÓN.
4. SE RECOMIENDAN HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EVITAR EXPOSICIÓN A TABACO Y SUSTANCIAS ALCOHÓLICAS ASÍ COMO ACOGER PLAN DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO EN CASA.
5. PRESENTA ANTECEDENTE HEMATOLOGICO CONTROLADO. DEBE CONTINUAR MANEJO FARMACOLOGICO Y SEGUIMIENTO POR MEDICO TRATANTE EN SU EPS. ÈSTA CONDICION NO RESTRINGE SU LABOR.

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: GOMEZ ARANDIA DIEGO ALEJANDRO

R. M.: 27323 **L.S.O.:** 2412-18

Código de Seguridad

R770X1D841

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: HERMOSA ORTIZ CAROLINE

CC: 66949177