ACTIVA IPSO S.A.S
NIT. 901.485.534-0
CALLE 17N #6-66 BARRIO EL RECUERDO
CELULAR. 313 7963800



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.806

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	10 MES	2023 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PRODICA INGENIERIA SAS	PRODICA INGENIERIA SAS

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	
QUILINDO ALMARIO JUAN PABLO	MASCULINO	42 AÑOS 5 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	10290865 (Número)

Cargo
RESIDENTE SST

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

Observaciones: *NO APLICA*

N/A 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 DE GAFAS PERMANENTES	USO DE EPP : ACORDE A LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO : POR PROGRAMA DE RCV EN EPS
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICION	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : EN SST	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SIN ALTERACIONES A LA VALORACION MEDICA QUE LIMITEN EL DESEMPEÑO DE LA LABOR
CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES
CONTROL ESTRICTO DE PESO, SE REMITE A NUTRICION EN EPS
REQUIERE USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS
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 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	Aspirante o Trabajador
Firma: Patricia Cepeda	Firma: Juan Pablo Quilindo
Nombre: CEPEDA QUILINDO PATRICIA	Nombre: QUILINDO ALMARIO JUAN PABLO

R. M.:	10251/2015	**L.S.O.:**	10251/2015	**CC:**	10290865