JR Diagnostic IPS
Nit: 901015095 - 3
Correo: admisiones@jrdiagnostic.com
Página web: www.jrdiagnostic.com
Tel: 3214837240
Dirección: Av. de las américas # 50 - 15
Locales: c1061/c1062/c1063/c1064/c1067
Ciudad: Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.524

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"

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	
BERMUDEZ PALMA JULY ANDREA	FEMENINO	32 AÑOS 2 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	1019065624 (Número)

Cargo
AUXILIAR PEDAGÓGICA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO

R. M.: 91070992 L.S.O.: RESOLUCION 1214

Código de Seguridad
K1429Q1W1524

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BERMUDEZ PALMA JULY ANDREA

CC: 1019065624

Powered by CamScanner

JR Diagnostic IPS
Calidad y Servicio

JR Diagnostic IPS
Nit: 901015095 - 3
Correo: admisiones@jrdiagnostic.com
Página web: www.jrdiagnostic.com
Tel: 3214837240
Dirección: Av. de las américas # 50 - 15
Locales: c1061/c1062/c1063/c1064/c1067
Ciudad: Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.493

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO

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

FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ AMAYA LUZ ANGELA	FEMENINO	49 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	38286929 (Número)

Cargo
MANIPULADOR DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL : POR GAFAS	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR EPS PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO POR PESO ELEVADO	SVE CARDIOVASCULAR : POR PESO ELEVADO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTINUAR CON MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, RECOMENDACIONES GENERALES Y DE SALUD OCUPACIONAL, PREVENCION COVID 19, DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS, EJERCICIO 3V/SEM 30 MIN POR VEZ, MEDIAS DE COMPRESION BAJA, CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES DE OPTOMETRIA, VALORACION POR EPS PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO POR PESO ELEVADO

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.

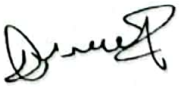
Médico

Firma: 

Nombre: PERA GALVEZ ERIKA MARCELA

R. M.: RM. 01256/99 L.S.O.: LIC. SO: 10519/2018

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: RODRIGUEZ AMAYA LUZ ANGELA

CC: 38286929

Código de Seguridad
P1429V1B1493

Powered by CamScanner

JR Diagnostic IPS
Calidad y Servicio

JR Diagnostic IPS
Nit: 901015095 - 3
Correo: admisiones@jrdiagnostic.com
Página web: www.jrdiagnostic.com
Tel: 3214837240
Dirección: Av. de las américas # 50 - 15
Locales: c1061/c1062/c1063/c1064/c1067
Ciudad: Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.479

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"

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	
ARIAS BARACALDO JULIETH STEFANNY	FEMENINO	20 AÑOS 11 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1000350852 (Número)

Cargo
AUXILIAR PEDAGOGICA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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.

Médico

Firma:

Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO

R. M.: 91070992 L.S.O.: RESOLUCION 1214

Código de Seguridad
Y1429E1K1479

Aspirante o Trabajador

Julieth A

Firma:

Nombre: ARIAS BARACALDO JULIETH STEFANNY

CC: 1000350852

Powered by CamScanner

JR Diagnostic IPS
Nit: 901015095 - 3
Correo: admisiones@jrdiagnostic.com
Página web: www.jrdiagnostic.com
Tel: 3214837240
Dirección: Av. de las américas # 50 - 15
Locales: c1061/c1062/c1063/c1064/c1067
Ciudad: Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.487

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"

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	
PEÑA ZIPA MARIA HELENA	FEMENINO	33 AÑOS 4 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1012369880 (Número)

Cargo: MANIPULADORA DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	SVE CARDIOVASCULAR : POR PES ELEVADO	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : SE SOLICITA VALORACION POR EPS POR PATOLOGIA CRONICA / CIRUGIA GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTINUAR CON MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, RECOMENDACIONES GENERALES Y DE SALUD OCUPACIONAL, PREVENCION COVID 19, DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS, EJERCICIO 3V/SEM 30 MIN POR VEZ, MEDIAS DE COMPRESIN BAJA , SE SOLICITA VALORACION POR EPS POR PATOLOGIA CRONICA / CIRUGIA GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO , NO LEVANTAMIENTO DE CARGAS , SI SE REQUIERE UTILIZAR CINTURON DE SEGURIDAD ABDOMINOLUMBAR

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: PERA GALVEZ ERIKA MARCELA

Aspirante o Trabajador

Firma: MARIA PEÑA

Nombre: PEÑA ZIPA MARIA HELENA

Powered by CamScanner

Diagnostic IPS
Calidad y Servicio

JR Diagnostic IPS
Nit: 901015095 - 3
Correo: admisiones@jrdiagnostic.com
Página web: www.jrdiagnostic.com
Tel: 3214837240
Dirección: Av. de las américas # 50 - 15
Locales: c1061/c1062/c1063/c1064/c1067
Ciudad: Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.529

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"

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	
URIBE NIEVES LILIANA	FEMENINO	49 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS	Tipo: CC	Número: 52319094

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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.

Médico

Firma: _____

Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO

R. M.: 91070992 L.S.O.: RESOLUCION 1214

Código de Seguridad
T1429Z1F1529

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: URIBE NIEVES LILIANA

CC: 52319094

Powered by CamScanner

JR Diagnostic IPS
Calidad y Servicio

JR Diagnostic IPS
Nit: 901015095 - 3
Correo: admisiones@jrdiagnostic.com
Página web: www.jrdiagnostic.com
Tel: 3214837240
Dirección: Av. de las américas # 50 - 15
Locales: c1061/c1062/c1063/c1064/c1067
Ciudad: Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.520

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"

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	
MESA ORTIZ MARGARITA ALICIA	FEMENINO	39 AÑOS 0 MESES 10 DÍAS	Tipo: CC	Número: 52918385

Cargo
COORDINADORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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.

Médico

Firma:

Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO

R. M.: 91070992 L.S.O.: RESOLUCION 1214

Código de Seguridad
R1429X1D1520

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MESA ORTIZ MARGARITA ALICIA

CC: 52918385

Powered by CamScanner

Diagnostic IPS
Calidad y Servicio

JR Diagnostic IPS
Nit: 901015095 - 3
Correo: admisiones@jrdiagnostic.com
Página web: www.jrdiagnostic.com
Tel: 3214837240
Dirección: Av. de las américas # 50 - 15
Locales: c1061/c1062/c1063/c1064/c1067
Ciudad: Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.495

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"

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	
LOMBANA RAMIREZ MARIA GUADALUPE	FEMENINO	53 AÑOS 7 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	52015967 (Número)

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO

R. M.: 91070992 L.S.O.: RESOLUCION 1214

Código de Seguridad
D1429J1P1495

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOMBANA RAMIREZ MARIA GUADALUPE

CC: 52015967

Powered by CamScanner

JR Diagnostic IPS
Nit: 901015095 - 3
Correo: admisiones@jrdiagnostic.com
Página web: www.jrdiagnostic.com
Tel: 3214837240
Dirección: Av. de las américas # 50 - 15
Locales: c1061/c1062/c1063/c1064/c1067
Ciudad: Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.543

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"

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	
MORA TORRES DIANA MILENA	FEMENINO	38 AÑOS 8 MESES 3 DÍAS	Tipo: CC	Número: 53134589

Cargo: SERVICIOS GENERALES

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓	----------

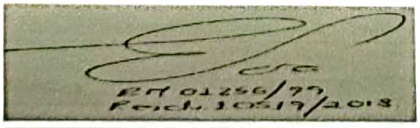
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : GAFAS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL : GAFAS	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR : POR PESO ELEVADO	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTINUAR CON MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, RECOMENDACIONES GENERALES Y DE SALUD OCUPACIONAL, DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS, EJERCICIO 3V/SEM 30 MIN POR VEZ, CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES DE OPTOMETRIA

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: PERA GALVEZ ERIKA MARCELA

R. M.: RM. 01256/99 L.S.O.: LIC. SO: 10519/2018

Código de Seguridad: I1429O1U1543

Aspirante o Trabajador

Firma: MILENA MORA

Nombre: MORA TORRES DIANA MILENA

CC: 53134589

Powered by CamScanner

JR Diagnostic IPS
Calidad y Servicio

JR Diagnostic IPS
Nit: 901015095 - 3
Correo: admisiones@jrdiagnostic.com
Página web: www.jrdiagnostic.com
Tel: 3214837240
Dirección: Av. de las américas # 50 - 15
Locales: c1061/c1062/c1063/c1064/c1067
Ciudad: Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.481

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO

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

FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"
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)

ROMAN HERNANDEZ DANIELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	21 AÑOS 5 MESES 21 DÍAS	CC Tipo	1052217547 Número

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO

R. M.: 91070992 **L.S.O.:** RESOLUCION 1214

Código de Seguridad
M1429S1Y1481

Aspirante o Trabajador

Firma: Daniela

Nombre: ROMAN HERNANDEZ DANIELA

CC: 1052217547

Powered by CamScanner

JR Diagnostic IPS
Calidad y Servicio

JR Diagnostic IPS
Nit: 901015095 - 3
Correo: admisiones@jrdiagnostic.com
Página web: www.jrdiagnostic.com
Tel: 3214837240
Dirección: Av. de las américas # 50 - 15
Locales: c1061/c1062/c1063/c1064/c1067
Ciudad: Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.480

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO

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

FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"
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)

MATIZ HERNANDEZ MILENA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	39 AÑOS 11 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	52748901 (Número)

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma: Milena Matiz
Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO		Nombre: MATIZ HERNANDEZ MILENA
R. M.: 91070992	L.S.O.: RESOLUCION 1214	CC: 52748901

Código de Seguridad
N1429T1Z1480

Powered by CamScanner

Salud IPS SAS
NIT 900915582-1
Calle 127D # 53-80 Local 101 Tel 368 48 19
322 893 5706 ripssalud.malud@gmail.com

Medicina General, Laboratorio Clínico, Salud Ocupacional (examen ingreso, egreso periódicos, Audiometría, Visiometría)
Manipulación alimentos (Exámenes, curso y carnet)
Domicilios

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD	BOGOTA	FECHA	09/02/24	CERTIFICADO	907		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE			VARGAS PEREZ DIANA ALEJANDRA				
IDENTIFICACION			1030544954				
NOMBRE DE LA EMPRESA			INDEPENDIENTE				
EMPRESA EN MISION			INDEPENDIENTE				
CARGO (PERFIL DEL CARGO EVALUADO)			NUTRICIONISTA				
FECHA DE NACIMIENTO	07/04/88	DIRECCION	CLLE 15ª 13ª 69			TELEFONO	3132878242
EPS	SALUD TOTAL		ARL	POSITIVA		AFP	PROTECCION

EVALUACION REALIZADA

TIPO DE EXAMEN		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS								
PERIODICO	N/A	PRUEBAS VESTIBULARES		N/A	KOH LIÑAS		N/A	GLICEMIA		N/A
INGRESO	SI	AUDIOMETRIA	SI	NORMAL	FROTIS GARGANTA		N/A	PARCIAL DE ORINA		N/A
EGRESO	N/A	VISIOMETRIA	SI	NORMAL	COPROLOGICO		N/A	SEROLOGIA		N/A
POST INCAPACIDAD	N/A	OPTOMETRIA		N/A	PERFIL LIPIDICO COMPL		N/A	ALCOHOL		N/A
MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSM-CV	SI	ESPIROMETRIA		N/A	TRIGLICERIDOS		N/A	ABUSO DROGAS 5 ANALITOS		N/A

ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRABAJO(AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

AT		SI		NO	X	FECHA		EP	SI	NO X	FECHA		

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO	N/A	APTO PARA ALTURAS		N/A	N/A
APTO PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES	N/A	EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO		N/A	N/A
APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES	N/A	EXAMEN DE EGRESO NO SATISFACTORIO		N/A	N/A
EXAMEN PERIODICO APTO SATISFACTORIO	SI	NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		N/A	N/A
EXAMEN PERIODICO APTO CON RECOMENDACIONES	N/A	RESTRINGIDO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		N/A	N/A
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	N/A	APLAZADO		N/A	N/A

CONTROLES MEDICOS SUGERIDOS						INCLUIR EN LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA			
GINECOLOGIA	NO	NUTRICION	NO	MEDICINA INTERNA	NO	AUDITIVA	NO	QUIMICO	NO
ORTOPEDIA	NO	OTORRINOLARINGOLOGI	NO	NEUROLOGIA	NO	CARDIOVASCULAR	NO	RESPIRATORI	NO
DERMATOLOGIA	NO	OFTALMOLOGIA	NO	MEDICINA LABORAL	NO	ERGONOMICO Y OSM	NO	VISUAL	NO
NEUMOLOGIA	NO	OPTOMETRIA	NO	VASCULAR PERIFERICO	NO	PISICOLABORAL	NO	OTROS	NO

RECOMENDACIONES

Exámen Médico Ocupacional Periodico	ANUAL	Uso de corrección Visual	NO
Realizar Pausas Activas Antes Durante y Despues de Jornada Laboral	SI	Remision a EPS	NO
Capacitación Manejo de Cargas	NO	Aplicacion de protocolo Antes Durante y Despues de la jornada	NO
Uso de Elementos de Proteccion Personal	SI	Aplicar distanciamiento Social	NO
Dieta y ejercicios rutinarios 30 minutos diarios	SI	Protocolo de Lavado de Manos, Uso de Tapabocas Obligatorio	NO

PACIENTE SANO, AUTOCUIDADO Y RECOMENDACIONES

Nombre del Paciente		Nombre del Médico
VARGAS PEREZ DIANA ALEJANDRA		DR. DIEGO ANDRES SIERRA
		Firma
CC 1030544954		Registro Médico : 25-2258-16

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

vitalmediIPS
SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900.149.333-6
Cra. 22 No. 22-33 / B. Olaya
Cel.: 302 846 2134 / 324 875 3609
vitalmediipsocupacional@gmail.com
Verificaciones:
www.vitalmediips.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL**

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

FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR	**PESO / 70 KG RH O+ ESTATURA/ 162 CM**
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.

	Género	Edad	Documento de Identificación	
LEIDY ROCIO ALVARADO MENDEZ	FEMENINA	33 AÑOS	CC	1030577902
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

CONCEPTO DE APTITUD O CUPACIONAL

CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.

Observaciones: ***APTO***

SI	APTO PARA LABORAR SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	NO
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	✓	TRIGLICERIDOS	NO
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	✓	ANEXO ALTURAS	NO
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA	NO	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	NINGUNA	
	CAPACITACIÓN	
	USO DE EPP	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- ANTES DE REALIZAR UN TRABAJO EN ALTURA DEBE RECIBIR UN ENTRENAMIENTO Y ESTAR CERTIFICADO EN ESTA TAREA PARA PREVENIR ACCIDENTALIDAD.
- INSPECCIONAR LOS SISTEMAS ANTICAÍDAS ANTES Y DESPUÉS DE SER UTILIZADOS.
- USAR Y MANTENER EN BUEN ESTADO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (CASCO, ARNÉS DE CUERPO COMPLETO CON DOBLE ESLINGA, LÍNEA DE VIDA, CINTURÓN PORTAHERRAMIENTAS, ENTRE OTROS NECESARIOS SEGÚN LA LABOR A DESEMPEÑAR).
- RECORDAR QUE NO SE PUEDEN REALIZAR ACTIVIDADES EN ALTURAS EN ESTADO DE ALICORAMIENTO O BAJO EL EFECTO DE DROGAS ALUCINÓGENAS.
- MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.
- MANTENER ALTO EL NIVEL DE ATENCIÓN Y EVITAR DISTRACCIONES QUE PUEDAN PROVOCAR UN ACCIDENTE.
- UTILIZACIÓN DE CALZADO CON SUELAS ANTIDESLIZANTES.
- MANTENER UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN. EVITAR LA OBESIDAD Y EL SEDENTARISMO.
- PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.
- INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.

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: JUAN CARLOS MARTÍNEZ

R. M.: 79801504 **L.S.O.:** 6033/2022

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre:

CC: XXXXXXXXXX