IPS CENTRO INTEGRADO DE ENVIGADO S.A.S
NIT. 900640195-8
Calle 51 Sur N° 48 - 66, Sabaneta
Cels. 3005309213 - 3244541392 - Tel. 60(4)4737286 - E-mail. centroipsenvigado@gmail.com
www.ipsenvigado.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.066

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	01 MES	2024 AÑO	SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - VISIOMETRIA

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

INDEPENDIENTE CONTADO	INDEPENDIENTE
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)

GARCIA MEJIA SANTIAGO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS	CC	1037601047
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LABORAR

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 OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA ✓	VISIOMETRIA POR OPTOMETRA ✓

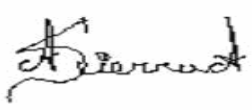
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	SVE AUDITIVO	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS.
- SIN RESTRICCIONES LABORALES PARA EL CARGO AL CUAL ASPIRA.
-VISIOMETRIA- NORMAL

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: SIERRA ARANGO ALEJANDRO ALBERTO

R. M.: 60090095 **L.S.O.:** S2016060090095

Código de Seguridad
E1070K1Q8066

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GARCIA MEJIA SANTIAGO

CC: 1037601047