



INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S

NIT. 900.329.703-8

Tel: 604 1 7443330 E-mail: comercial@inprosalud.com.co
www.inprosalud.com.co

BOGOTÁ, D.C. - COLOMBIA
CALLE 100 No. 100-100



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.129

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	01 MES	2024 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)			
			EVALUACION OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA 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: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)						
SANTANA CAMACHO JAIRO ALEJANDRO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	44 AÑOS 1 MESES 11 DÍAS	CC	80148139
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo DIRECTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.						
Observaciones: NO APLICA						
/A			NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES		
N RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL -ENFASIS OSTEO-MUSCULAR			AUDIOMETRIA			
VISIOMETRIA						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO				CONTROL DE PESO		
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
				HACER DEPORTE		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
PACIENTE CON BUEN ESTADO GENERAL Y FISICO EN EL MOMENTO DEL EXAMEN , SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA SALUDABLE , DIETA BALANCEADA Y EJERCICIOS USO CORRECCION VISUAL PERMANENTE CONTROL OPTICO Y AUDITIVO EN UN AÑO						
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 tengo 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: _____			
Nombre: CRUZ RODRIGUEZ XIOMARA			Nombre: SANTANA CAMACHO JAIRO ALEJANDRO			