Dra. Claudia Molina
Salud Ocupacional Integral

DRA. CLAUDIA F. MOLINA MUÑOZ
NIT 36953316-2
Medicina Laboral
Licencia S.O. 1379 de 2021 TP 52110/07
Tel. 725 6079 - Cel. 316 4485 928
Carrera 6ta No 17- 16 2do piso - Ipiales
saludocupacionalemi@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.934

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	12 MES	2023 AÑO	IPIALES (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
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)

VILLOTA CABRERA LUIS ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS	CC	1085908287
Apellidos y Nombres	Teléfonos 3156381899		Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *CON RECOMENDACIONES*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

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
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL , FISIOTERAPIA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : DE TRONCO CADA HORA	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CAPACITACIÓN : EN NORMAS DE SGSST, PAUSAS ACTIVAS Y REPORTE DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL	
	OTROS : EVITAR MANEJO DE CARGAS, MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE COLUMNA : FLEXION,EXTENSIÓN , ROTACIÓN,	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR INDICA ESTAR VACUNADO 4 DOSIS PARA COVID 19, PERO NO APORTA CARNET

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: MOLINA MUÑOZ CLAUDIA FERNANDA

R. M.: 52110/07 **L.S.O.:** 1379 DEL 2021

Código de Seguridad
O354U1A13934

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VILLOTA CABRERA LUIS ALBERTO

CC: 1085908287