



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.444

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES							
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 PULIDO IVONNE JOHANA				Genero		Edad	
				FEMENINO		36 AÑOS 6 MESES 2 DÍAS	
Apellidos y Nombres						Documento de Identificación	
						CC	
						1022336997	
						Tipo	
						Número	
Fecha de Nacimiento		Celular	Escolaridad	Hemoclasiificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)
17/07/1987		3102861914	POSTGRADO	A +	SOLTERO(A)	65.00	160.00
							25.39 - SOBREPESO
Carga CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON ALTERACIONES DE SALUD QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL							
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 MÉDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				VISIOMETRÍA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				SVE VISUAL		CONTROL DE PESO	
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
				CAPACITACIÓN : HIGIENE POSTURAL Y RIESGO ERGONOMICO		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
1. MANTENER ACTUALIZADO ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA COVID/19. 2. INGRESAR AL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. 3. CUMPLIR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR. 4. SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES INCLUYENDO DESCANSO VISUAL E HIDRATACION DURANTE LA JORNADA LABORAL.							
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: _____ Nombre: GUTIERREZ BERNAL CONNY ANDREA				 Firma: _____ Nombre: GARCIA PULIDO IVONNE JOHANA			

R. M.: 1688/08

L.S.O.: 424/2021

Código de Seguridad

CC: 1022336997

**V1005B1H24444**