



PREVENTSALUD IPS S.A.S.
NIT: 900.540.214-0
Dirección: Calle 15 Sur # 16-46
Cel: 301 827 00 85 - Tel: 757 53 28
Email: administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.133

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | |
|---|-----|---|---|-------------------------------------|
| 20 | 01 | 2025 | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEO MUSCULAR | |
| DA | MES | AÑO | | |
| BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) | | | | |
| Ciudad | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | |
| PARTICULAR | | | PARTICULARES | |
| Número de la empresa | | | Empresa en misión | |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC, Cédula de Extranjería, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte) | | | | |
| SALAZAR SANTACRUZ NOHORA PATRICIA | | | Sexo | Edad |
| Apellidos y Nombre | | | FEMENINO | 47 AÑOS 1 MES Y 14 DÍAS |
| | | | CC | 52371974 |
| | | | Tipo | Número |
| Cargo | | | | |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL | | | | |
| APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | |
| APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO | | | | |
| RESTRICCIONES LABORALES | | | TIPO | RECOMENDACIONES |
| USO DE GAFAS PARA CORRECCIÓN VISUAL | | | PERMANENTE | NO APLICA |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | |
| EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL | | | ✓ | VISIONOMETRIA |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | | | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | SIJE VISUAL | PORTA CARGAMENTO MUSCULAR |
| AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO | | | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | | | | HACER DEPORTE |
| | | | | DIETA BALANCEADA |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | |
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEO MUSCULAR DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES. | | | | |
| ORIENTAMOS MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD | | | | |
| ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETA. | | | | |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) allegado mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) allegado 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 verdaderas. 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 permitan 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: CUENCA SANCHEZ CARLOS ARTURO | | Nombre: SALAZAR SANTACRUZ NOHORA PATRICIA | | |
| R. M.: 4516 | | CC: 52371974 | | |
| L.S.O.: 753 - 18/01/2019 | | Código de Seguridad | | |
| | | L877R1X43133 | | |