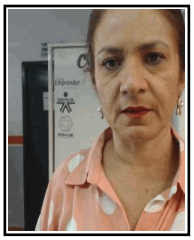
Centro de Especialidades Médicas

Centro de Especialidades Médicas S.A.S

Nit: 900836143-8
Dirección : Carrera 16 Número 18-78 Barrio Cristo Rey Arauca
Teléfonos (7) 8859347 - 3154690459
Correo electrónico serviclientecem@gmail.com
Dirección página web http://www.ipscem.co/



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.756

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2024 AÑO	ARAUCA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ 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. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

GIRALDO CALDERON ZONIA DEL CARMEN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	50 AÑOS 10 MESES 25 DÍAS	CC	68290330
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
DISEÑADORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	VISIOMETRIA OCUPACIONAL	✓
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	VALORACIÓN DE VOZ	✓
VALORACIÓN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VALORACIÓN PISCOLOGIA OCUPACIONAL CON APLICACIÓN DE TEST DE 16 FACTORES DE PERSONALIDAD	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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: BLANCO CARPINTERO LUZ DIVINA

R. M.: RES. NO. 81-1197 **L.S.O.:** RESOLUCIÓN 4176 3/

Código de Seguridad
W727C1I6756

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GIRALDO CALDERON ZONIA DEL CARMEN

CC: 68290330