COLMEDI
COLOMBIANA DE SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES
IPS

Nit. 901 266 325-9
318 520 0809
Carrera 19 No 18-40 Barrio Cristo Rey
ipscolmedi@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.379

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	05 MES	2024 AÑO	ARAUCA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES AL CONTADO
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)

TRASLAVIÑA TAVERA YINA DANIELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	30 AÑOS 3 MESES 6 DÍAS	CC	1032463180
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL CARGO

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:

VISIOMETRÍA	✓	CONSULTA DE PSICOLOGÍA OCUPACIONAL	✓
GLICEMIA E	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SVE AUDITIVO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUMPLIR CON LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO ESTABLECIDOS PARA EL CARGO DESEMPEÑADO, CON USO OBLIGATORIO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

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		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre:	ESTRADA MALDONADO VLADIMIRO ANTONIO	Nombre:	TRASLAVIÑA TAVERA YINA DANIELA
R. M.:	16191 L.S.O.: 81-1008	CC:	1032463180