IPS SERVIDOENSALUD S.A.S
NIT. 900064578-4
Carrera 18 N° 35 - 70, Barrio 20 de Julio, Yopal - Casanare - Colombia
Cel. 3134339734 - Tel. (8) 6333336 - E-mail: servidoensalud@yahoo.es
www.servidoensalud.com
SERVICIO INTEGRAL DOMICILIARIO



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.198

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	02 MES	2024 AÑO	YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
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)

ZAPATA QUINTERO CARLOS ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	46 AÑOS 0 MESES 4 DÍAS	CC	14324643
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
SEGURIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO 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:

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	USO DE EPP : SEGUN RIESGO	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PROMUEVA SU AUTOCUIDADO

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

Sandra Archila

Firma: _____

Nombre: ARCHILA CARDENAS SANDRA BIBIANA

R. M.: 0683 **L.S.O.:** 01362

Código de Seguridad
Q1210W1C1198

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: ZAPATA QUINTERO CARLOS ANDRES

CC: 14324643