

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



N° 13.071

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON
ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

04 DÍA
06 MES
2020 AÑO

GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA,
COLOMBIA)

Ciudad

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

GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA

GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA

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)

VILLADA MORALES SANDRA VIVIANA

Genero

Edad

Documento de Identificación

FEMENINO

37 AÑOS 2 MESES
28 DÍAS

CC

31656156

Tipo

Número

Apellidos y Nombres

Celular

3172451068

Cargo

APOYO A LA GESTION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

USO DE EPP

HÁBITOS SALUDABLES

PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO Estricto y ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LE SUMINISTREN, ACORDE CON LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE SE
ENCUENTRE EXPUESTO. CONTROL VISUAL ANUAL EN SU EPS. -EVITAR PERMANECER MUCHO TIEMPO EN LA MISMA POSTURA (MÁXIMO 2 HORAS) -DEBE HACER
PAUSA ACTIVA CADA DOS HORAS DURANTE 10 MINUTOS.-AUTO EXAMEN DE MAMA MENSUAL
CITOLOGÍA VAGINAL CONTROL CADA AÑO O DE ACUERDO A RESULTADO ANTERIOR.

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:

ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA

R. M.:

13742004

L.S.O.: 0420

Firma:

Nombre:

VILLADA MORALES SANDRA VIVIANA

CC:

31656156