

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 68.890**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	08 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INGETEC INGENIERIA & DISEÑO SAS				INGETEC INGENIERIA & DISEÑO SAS - BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)			
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)							
ARIAS CUPITRA ASLY JHICED				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	22 AÑOS 7 MESES 1 DÍAS	CC	1000331657
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo TECNICO AUXILIAR DE INGENIERIA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	VIGENCIA	RECOMENDACIONES			
NO APLICA		NO APLICA	NO REFIERE	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES			
		SVE VISUAL		DIETA BALANCEADA			
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE RECOMIENDA ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES PARA CONSERVAR UN BUEN ESTADO DE COLUMNA: LA CABEZA Y EL TÓRAX DEBEN ESTAR DERECHOS Y ALINEADOS/EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO /REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CADA 4 HORAS CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS/REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO ALTERNAR POSTURA BÍPEDA A SEDANTE (DE PIE A SENTADA)/SE SUGIERE USAR TECLADO Y MOUSE ERGONÓMICOS / REALIZAR EJERCICIOS VISUALES PERIODICOS/ANTE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PROFESIOGRAMA Y REALIZAR REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL/ ÉNFASIS EN EL TRABAJO SEGURO/USO DE PROTECCION SOLAR ADECUADA/CUMPLIR CON EL PROGRAMA DE SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA/EL TRABAJADOR NO PRESENTA ALTERACIONES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y NO REFIERE SINTOMATOLOGIA OSTEOMUSCULAR							
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:				Firma:			
Nombre: COTES ARIAS SILENA				Nombre: ARIAS CUPITRA ASLY JHICED			

R. M.:	470161	L.S.O.:	470161	Código de Seguridad	CC:	1000331657
T99Z1F68890						
SEDE: PORSALUD SAS CALLE 145A#94A-17						