IPS CUIDARHQS

IPS CUIDAR HQS S.A.S - Resolución 6902 de 12/08/2019
NIT: 901.258.329-4
AUTOPISTA NORTE N°168-67
CELULAR: 3115125349
contacto@cuidarhqs.com.co
www.cuidarhqs.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.368

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	12 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	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)

CAMACHO NAVARRO LAURA LIZETH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	41 AÑOS 8 MESES 19 DÍAS	CC	40049846
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ABOGADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO*

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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: CUMPLE ACTUALMENTE REQUERIMIENTO OCUPACIONAL.

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:	IPS CUIDARHQS MEDICINA OCUPACIONAL Res. No. 6902	Firma:	
Nombre:	PARRA RODRIGUEZ LUIS ENRIQUE	Nombre:	CAMACHO NAVARRO LAURA LIZETH
R. M.:	8152 L.S.O.: 7853	CC:	40049846