



Santa Clara

I.P.S. Ocupacional

NIT. 900.207.684-2

REPS:7600107047-01

Calle 23AN # 2N 75 - Cali, Colombia

Cel. 3183482110 - 3183482110 - 3146301564 - 3152788102

Tel. (602) 6682828 - E-mail. pqrs@santaclara.com.co

www.ipsocupacionalsantaclara.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 185.013

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22	01	2025	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA							
PARTICULAR 2024 - SINC - ADESC - CONTADO - INTRA				PARTICULARES			
Nombre del acuerdo comercial				Empresa			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
LOZANO PUERTA NATHALY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	25 AÑOS 0 MESES 2 DÍAS	CC	1005944464
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES 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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				<input checked="" type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
					CONTROL DE PESO		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							

Consentimiento Informado: "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. En caso de necesitar exámenes de laboratorio para complementar mi historia clínica, autorizo al laboratorio clínico de la IPS Ocupacional Santa Clara SAS a realizar la toma de las muestras necesarias para su realización. 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: TRUJILLO HABREO JENNY

Nombre: LOZANO PUERTA NATHALY

R. M.: 1151942625

L.S.O.: 3589

Código de Seguridad
K703Q1W185013

CC: 1005944464