COOPSUMAPAZ IPS

COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL SUMAPAZ
nit 808.002.168-9

direccion calle 17a n 12-76 barrio piedra grande fusagasuga
tel 9229865 cel 3219317052
medicinalaboral.coopsumapaz@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.116

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	11 MES	2024 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
APARICIO MONTENEGRO JORGE AUGUSTO	MASCULINO	24 AÑOS 0 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	1010053887 (Número)

Cargo
ANTROPOLOGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESARROLLAR SU LABOR

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:

VISIOMETRIA ✓	EVALUACION OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

- CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE SE HAN ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA DE ACUERDO CON EL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS
- ASISTIR A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA EMPRESA
- HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACORDES AL RIESGO
- DAR CUMPLIMIENTO A LA POLÍTICA DE NO CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- UTILIZAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO DE ACUERDO CON EL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO
- MANTENER LA PRÁCTICA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS, ACORDE CON SU INTERÉS, ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD

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

Firma: Dra. Adriana Trujillo Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Rm 810143 - Resolución 2500850

Nombre: TRUJILLO MARQUEZ ADRIANA

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: APARICIO MONTENEGRO JORGE AUGUSTO

R. M.:	52692879	L.S.O.:	250859-2019	Código de Seguridad	CC:	1010053887
				T1324Z1F17116		