



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Haderchini
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° 42.934

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

01
DÍA

03
MES

2024
AÑO

GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA,
COLOMBIA)

Ciudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON
ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

DEFENSORIA DEL PUEBLO

DEFENSORIA DEL PUEBLO

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)

VARGAS CIFUENTES JENNY LUCIA

Genero

Edad

Documento de Identificación

FEMENINO

40 AÑOS 11
MESES 19 DÍAS

CC

29285698

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo

CONTRATISTA

Celular

3164244255

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: RECOMENDACIONES ANOTADAS

N/A NO SE EVALUARON 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

USAR CORRECCIÓN VISUAL

USO DE EPP

HABITOS SALUDABLES

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL POR OPTOMETRIA EN SU CADA AÑO USAR LENTES MEDICADOS,, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGO
EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN DÉFICIT NEUROLÓGICOS, BUENA RESPIRACIÓN, NIEGA DOLOR
ARTICULAR O LIMITACION FISICA, NIEGA SÍNTOMA GRIPAL O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS , CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSGURIDAD PARA COVID 19 .

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

Dra. Laura Anaya H.

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ANAYA HADERCHINI LAURA DANIELA

R. M.: 137420-04 L.S.O.: 0420

Firma:

Nombre: VARGAS CIFUENTES JENNY LUCIA

CC: 29285698