Clínica Salud Center

CLINICA SALUD CENTER SAS
NIT. 900.310.876-1
Calle 9 # 24-74 Barrio El Puerto
Cel. 311 525 2537 - E-mail. clinicasaludcenter@hotmail.com
LICENCIA DE S.O 0401 DE 2013
CODIGO DE HABILITACION SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL 8656800352



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.831

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	12 MES	2022 AÑO	PUERTO ASÍS (PUTUMAYO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PERIODICA

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)

CORDOBA VELASQUEZ MARGARITA MARIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	41 AÑOS 5 MESES 4 DÍAS	CC	69029713
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO APLICA	PARA CONDUCCION FLUVIAL
NO APLICA	PARA CONDUCCION VEHICULAR
NO APLICA	PARA MANIPULACION DE CARGAS
NO APLICA	PARA MANIPULACION DE SUSTANCIAS QUIMICAS
NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

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	✓	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONDICION EN AYUNO	✓
OPTOMETRÍA	✓	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VENOPUNCION	✓
GLUCOSA GLICEMIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS : NUTRICION (HIPERTRIGLICERIDEMIA) - OPTOMETRIA	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	OSTEOMUSCULAR: PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS Y POSTURAS ADECUADAS.	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION - OPTOMETRIA	VISUAL: EDUCACIÓN EN HIGIENE VISUAL. USO DE PROTECCIÓN VISUAL SEGÚN TIPO DE EXPOSICIÓN. ADECUADA ILUMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO. PAUSA ACTIVA VISUAL.	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : DIETA HIPOGRASA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CALCULO DE RCV: 2.5% (BAJO)
MANEJO CON NUTRICION

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al medico(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El medico(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. 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 medico(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 AFP a la cual me encuentro actualmente afiliado ante cualquier necesidad. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados en mi presencia entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Dra. Erika Luna Delgado
Médico especialista en SST
Salud Ocupacional
RM 52-09798 LSO 25-1151
Universidad de Boyacá

Nombre: LUNA DELGADO ERIKA LILIANA

R. M.: 52-09798 **L.S.O.:** 25-1151

Código de Seguridad
Z808F1L4831

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CORDOBA VELASQUEZ MARGARITA MARIA

CC: 69029713