IPS SALUD EMPRESARIAL S.A.S
NIT. 900268793

Carrera 49 # 51-11 El Santuario - Antioquia
Cel. 3233382471 - E-mail: gerenciasaludempresarialips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.514

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	01 MES	2024 AÑO	EL SANTUARIO (ANTIOQUIA, 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)

AGUDELO GIRALDO ALIEDA DEL SOCORRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	41 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS	CC	43915079
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EXAMEN PRE-OCUPACIONAL NORMAL, SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA EN SU CAPACIDAD LABORAL, PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTA PARA EL CARGO*

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
	USO DE EPP	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO PARA EL CARGO

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. Fuí 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

Firma: Carlos Garces

Nombre: GARCES TIRADO CARLOS EDUARDO

R. M.: 50299 L.S.O.: S2019660156128

Código de Seguridad V1064B1H5514

Aspirante o Trabajador

Firma: Alieda Agudelo

Nombre: AGUDELO GIRALDO ALIEDA DEL SOCORRO

CC: 43915079

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Powered by CamScanner