VEMEDIC I.P.S S.A.S

Vemedic Ips SAS

NIT. 900815521-9

Carrera 48 # 74 - 142 Barranquilla - Atlántico

Cels. 3043373501- 3104530998 - E-mail. vemedic.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20.716

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, 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)

PADILLA MERLANO VICTOR MANUEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	44 AÑOS 6 MESES 2 DÍAS	CC	72251545
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

ING INDUSTRILA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES PARA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA LA LABORAR EN CARGO ASIGNADO

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	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	HEMOGRAMA	✓
GLICEMIA	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION CLINICA PARA MANEJO DE OBESIDAD GRADO I DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS	OTROS : LABORAR SOBRE TERRENO PLANO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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:

Dr. Ubaldo Castillo V
Esp. Seguridad Y Salud en el Trabajo

Nombre: CASTILLO VARGAS UBALDO RAFAEL

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PADILLA MERLANO VICTOR MANUEL

R. M.:	1081761503	L.S.O.:	27-109	Código de Seguridad	CC:	72251545
				B839H1N20716		