TU IPS S.A.S
NIT: 900.590.676-3
Dirección: Av De Las Americas # 63 - 48 Centro Comercial Outlet Factory Local 238-239
Cel: 311 812 6730 - 320 827 8299 - 313 833 4266
Email: comercial@tuips.com.co
www.tuips.com.co
Bogotá, Colombia



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 36.024**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 22 DÍA | 09 MES | 2025 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO |

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

**PARTICULARES**

**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 | |
|---|---|---|---|---|
| GARCIA ROMERO ESPERANZA | FEMENINO | 44 AÑOS 4 MESES 0 DÍAS | CC (Tipo) | 52775806 (Número) |

| Fecha de Nacimiento | Celular | Escolaridad | Hemoclasificación | Estado Cívil | Peso (Kg) | Talla (cm) | IMC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23/05/1981 | 3132779341 | TÉCNICO | O + | SEPARADO(A) | 63.50 | 155.00 | 26.43 - SOBREPESO |

Cargo
**CONTRATISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SIN RESTRICCIONES**

Observaciones: *(VER RECOMENDACIONES)*

**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:**

| | |
|---|---|
| EXAMEN MÉDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | VISIOMETRÍA ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : DE MEDIANA COMPRSION | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | OTROS : SE RECOMIENDA USO DE ZAPATOS SIN PUNTA CON TACON BAJO Y USO DE PLANTIALCON REALCE INTERNO | CONTROL DE PESO |
| | | 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**

Diego E. Restrepo Medina
MÉDICO
Especialista en S.S.T.
Licencia 316 11012019

**Firma:**

**Nombre:** CC: 79057830 - DIEGO EMILIO RESTREPO

**R. M.:** 79057830 **L.S.O.:** 316 / 11/01/2019

**Código de Seguridad**
**G1005M1S36024**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** GARCIA ROMERO ESPERANZA

**CC:** 52775806