SERVISALUD Y ALIMENTOS IPS

NIT: 901452623-6

CONTACTOS

3126434430-3054057686

Servisaludyalimentosips@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N°5122

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTA-COLOMBIA Ciudad	INGRESO CON ÉNFASIS MANIPULACION ALIMENTOS

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

CONTRATISTA	CONTRATISTA
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)

Apellidos y Nombres	Genero	EDAD	Documento de Identificación	
VELASCO CHAVEZ LUCIANA	Femenino	50	CC (Tipo)	35528021 (Número)

Cargo

NUTRICIONISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO MANIPULACION ALIMENTOS

Observaciones: *NO APLICA*

APTO MANIPULACION ALIMENTOS	SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

SIN RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
CON RESTRICCIONES LABORALES	SIN TIPO	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	OPTOMETRIA	✓
EXAMEN FISICO	✓	KOH DE UÑAS, GARGANTA Y COPROLOGICO	✓
EVALUACION MEDICA PREOCUPACIONAL DE INGRESO	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
PAUSAS ACTIVAS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
OPTOMETRIA 1 VEZ AL AÑO POR EPS	HIGIENE POSTURAL	
	PAUSAS ERGONOMICAS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL CAPACITAR E IMPLEMENTAR MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL. 2.PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS X 10 MINUTOS 3. REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y DE RELAJACIÓN.4. ADECUADA MANIPULACIÓN DE CARGAS.

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 le ído 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

Dra. Johana Bayona
Medico Ocupacional
LIC 1054 Agosto 2019

Firma:

Nombre: BAYONA MALDONADO DERLY JOHANA

LIC 1054/08/2019

Aspirante o Trabajador

Firma:

Luciana Velasco

Nombre:

VERIFICAR EN NUESTRA PAGINA https://servisaludyalimentosips.com/

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