IPS CENTRO INTEGRADO DE SALUD ENVIGADO

IPS CENTRO INTEGRADO DE ENVIGADO S.A.S

NIT. 900640195-8

Calle 51 Sur N° 48 - 66, Sabaneta
Cels. 3005309213 - 3244541392 - Tel. 60(4)4737286 - E-mail. centroipsenvigado@gmail.com
www.ipsenvigado.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.559

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	10 MES	2025 AÑO	SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

INDEPENDIENTE DE CONTADO	**INDEPENDIENTE**
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	
ARENAS SOSA ANDRES CAMILO	MASCULINO	37 AÑOS 9 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1128467574 (Número)

Cargo
ENTRENADOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LABORAR

Observaciones: *NO APLICA*

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 OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-EXAMEN OSTEOMUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS
-SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA.
-RECUERDE PRACTICAR EL AUTOCUIDADO EN SU LUGAR DE TRABAJO.
-MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
-GIMNASIA LABORAL.
-PAUSAS ACTIVAS DIARIAS (VISUALES, AUDITIVAS Y GENERALES).
-AUTOCUIDADO.

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:

Nombre: CC: 71652813 - FABIO CRISTIAN VELEZ

R. M.: 5820-92 L.S.O.: 00137

Código de Seguridad Q1070W1C15559

Aspirante o Trabajador

Firma: Camilo. A

Nombre: ARENAS SOSA ANDRES CAMILO

CC: 1128467574