20-1010

Valledupar, febrero 12 de 2025

ASUNTO: CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2025-000017

Certifico que el señor(a) **ORDOÑEZ CABALLERO JHON DAIRO,** identificado(a) con cedula de ciudadanía número **9313403**, remitió concepto medico laboral de preingreso, concepto de valoración por psicología y exámenes complementarios requeridos para el ingreso al cargo de **CONTRATISTA**, en el **CENTRO DE INNOVACIÓN Y DE GESTIÓN EMPRESARIAL Y CULTURAL (CIGEC)**, los cuales fueron validados para ser incluidos en los PVE del programa de Medicina Preventiva, teniendo en cuenta que, no se evidencian restricciones laborales ni defecto físico o enfermedad que disminuya su capacidad laboral para la labor asignada o a contratar.

Se advierte que la presente validación se hace con base a los exámenes aportados por el contratista, bajo los postulados de la buena fe, por tanto, cualquier inexactitud o falsedad es imputable solo a este.

Atentamente:

Dr. Carlos Montenegro
ESP. SALUD OCUPACIONAL

CARLOS MONTENEGRO GONZALEZ
MEDICO MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO
Regional Cesar.

DIPRESALUD IPS SAS

DIPRESALUD IPS
Nit: 900.484.031-1
Carrera 19# 16B 16 - Barrio jorge Dangond
Cel: 3103 67 1869 - Tel: 605-5710835
Mail: dipresaludipssas@outlook.com - admisiones.dipresalud@outlook.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.561

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	02 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, 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)

ORDOÑEZ CABALLERO JHON DAIRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	62 AÑOS 8 MESES 9 DÍAS	CC	9313403
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *CON RECOMENDACIONES ENTREGADAS*

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 OSTEOMUSCULAR	✓	CUADRO HEMATICO TIPO I	✓
OPTOMETRÍA	✓	GLICEMIA EN AYUNA	✓
PERFIL LIPIDICO COMPLETO(COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL,TRIGLICERIDOS)	✓	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MANTENER MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA COVID 19 TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADOS DE MANO.
SE RECOMIENDA VALORACION POR SU EPS- SE ENTREGA FORMATO DE REMISION

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: VANEGAS MARTINEZ SAMUEL ALBERTO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ORDOÑEZ CABALLERO JHON DAIRO