FUNDEPRO
Fundación de Profesionales

809012488
Cra 6 No. 5-06
248 4148
ESPINAL

CONCEPTO SALUD OCUPACIONAL

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA
Número documento: 5972017
Clasificación: CONTRIBUTIVO
Primer Nombre: JOSE
Segundo Nombre: ALIRIO
Primer Apellido: TAPIERO
Segundo Apellido: LOZANO
Fecha Nacimiento: 18/01/1975

Sexo: MASCULINO
Raza: BLANCO
Dirección: VEEDA EL TRIUNFO
Municipio: ORTEGA
Teléfono: 3226671453
Grado escolaridad: ANALFABETA
Eps: NUEVA EPS - NUEVA PROMOTORA DE SALUD
Pensión:
Empresa: AWF INGENIERIA SAS
Sección:

Edad: 49 Años
Estado civil: SOLTERO(A)
Departamento: TOLIMA
Barrio:
Celular: 0
Profesión: OFICIOS VARIOS
Arl: NO SABE
Cesantias:
Cargo: OFICIOS VARIOS
Email empresa:

Factores de riesgo:
Locativos en su puesto de trabajo, posturas prolongadas

Tipo de historia clinica: Ingreso

Exámenes complementarios y resultados:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PACIENTE SANO O NO CASO

Concepto de aptitud: Presenta alteraciones de salud que no le impiden el desempeñar el cargo

Observaciones:
LUEGO DE EVALUACIÓN MÉDICA COMPLETA SE CONSIDERA APTO PARA SU CARGO. RECOMENDACIÓN: USO ADECUADO DE EPP- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 5 MIN CADA 2 HORAS- MANTENER BUENA HIGIENE POSTURAL - VAL PÓR OPTOMETRIA EN SU EPS HIGIENE POSTURAL CONTROL DE SUS PATOLOGIAS EN SU EPS,

Conclusión y recomendaciones:
Cumplir las normas definidas por el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa para el cargo, pausas activas mínimo 5 minutos cada hora durante la jornada laboral, mantener buenos y adecuados hábitos de higiene postural. Cumplir normas de seguridad definidas por la empresa para el cargo, uso permanente de elementos de protección personal de acuerdo al riesgo y a la actividad laboral definida.

Fecha Consulta: 10/08/2024
Hora salida: 08:18:17

Firma del Profesional:
Dra. Nadia Torres
Md. Especialista en Salud Ocupacional
RM 1778
Universidad del Rosario

NADIA ANDREA TORRES GUERRERO GARNICA
MEDICO
MEDICO OCUPACIONAL
Reg. Profesional: 601/2015

Firma del paciente:
JOSE ALIRIO
5972017

FUNDEPRO	**CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIOS SALUD OCUPACIONAL**	Cód.:
		Fecha: 12/04/2019
		Versión: 01

Ciudad y fecha: Espinal 16-8-24.
Cargo: Oficios Varios Empresa: DWF.
Yo: Jose Alirio Acp identificado (a) con 5972017.

Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que serán realizadas por **FUNDACION DE PROFESIONALES – IPS** de conformidad con lo establecido por la legislación vigente (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10)

Igualmente autorizo expresamente a **FUNDACION DE PROFESIONALES – IPS**, para que informe al médico de Salud ocupacional o medicina laboral de la Empresa (cuando se cuente con este recurso) sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional y/o los exámenes paraclínicos a mi realizados, de conformidad con lo establecido por la legislación vigente (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social) e igualmente para que sean efectuados los siguientes exámenes:

Valoración Medico Ocupacional	✓	Electrocardiograma	
Valoración Audiometría		Imágenes Diagnosticas (especificar):	
Valoración Optometría / Visiometria		Exámenes Laboratorio (especificar):	
Valoración Psicológica		Vacunas (especificar):	
Valoración Espirometria			
Prueba psicológica		Otros (especificar):	

Firma del Trabajador

José Alirio
C.C. No 5972017