MEDICID
Salud Ocupacional IPS S.A.S.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1



CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN					TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DIA	01 MES	2026 AÑO	11:28 HORA	BOGOTÁ CIUDAD	Examen Periódico

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

Nombre de la Empresa	CIIU	Centro de Trabajo - Sede
LABORA VITAL IPS S.A.S.	8621	BOGOTA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte, PE P.E.P.)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Edad	Tipo	Número
PAVA	VIDAL	PAOLA	ANDREA	29 años	CC	1121933309

Dirección	Teléfono	Género	Tipo de Sangre
CALLE 44 # 8 11	3204650054	Femenino	O-

EPS	ARL	AFP
SANITAS	NINGUNA	COLPENSIONES

CARGO	SECCIÓN
PROFESIONAL SOCIAL	GRUPO METRO COLOMBIA S.A.S

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

● Sin limitaciones o restricciones para el cargo ○ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ○ Aplazado

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T . P	Restricciones laborales	Tiempo
	○ ○		

Se requiere nueva valoración: ○ Si ● No

Se recomienda valoración por EPS: ○ Si ● No Se entrega formato de remisión a EPS: ○ Si ● No

Examen Periódico Satisfactorio: ● Si ○ No

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, USO DE CORRECCION VISUAL EN LABORES, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. USO DE CORRECION OPTICA PERMANENTE

EXÁMENES REALIZADOS

☑ Examen Ocupacional Periódico ☑ E. Médico énfasis Osteomuscular ☑ Audiometria ☑ Visiometría

Otros Exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica:

☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☑ Visual ☐ Respiratorio ☐ No Aplica

SI ESTE DOCUMENTO NO ES ENVIADO POR MEDICID IPS S.A.S., POR FAVOR VERIFIQUE SU AUTENTICIDAD

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador:

Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. a realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales.

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas:

BENEFICIOS:
• Identifica, evalúa y controla los posibles agentes de riesgo que existan en la organización y que sean potenciales fuentes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
• Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas.
• Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo. Lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
• Mejora la salud y capacidad de cada uno de los empleados, a través de condiciones óptimas de trabajo.
• Minimiza las lesiones derivadas del trabajo.
• Reduce el ausentismo laboral y a la vez las pérdidas económicas y de producción ligadas a accidentes y enfermedades.

RIESGOS:
• Si el usuario requiere toma de muestras de laboratorio clínico, el riesgo existente es la multipunción y hematoma, según su condición actual de salud.
Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizará el(los) examen(es) ocupacional(es).

Fui informado de las medidas que tomará MEDICINA, CONTROLES Y DIAGNOSTICOS EN SALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Recibí copia de la valoración médica ocupacional.

MÉDICO ESPECIALISTA:



Firma: _____
Nombre: Dr(a) GLADYS ANDREA MONTAÑO CESPEDES
Registro Médico: 52931478 Licencia Salud Ocupacional: 14222/2024

USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN / ACUDIENTE:



Firma: _____
Nombre: PAOLA ANDREA PAVA VIDAL
Documento: CC 1121933309