



IPS FIGURAS SST CUCUTA S.A.S

NIT. 900253624-6

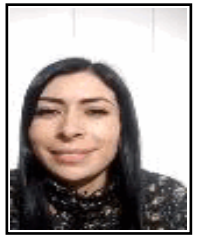
Dir: Calle 21 A # 0B - 122 Barrio Blanco

Cel: 315 852 5385 - Tel: 571 0828

Email: ipsfigurascucuta@gmail.com

Cúcuta, Colombia

Vigilado Supersalud

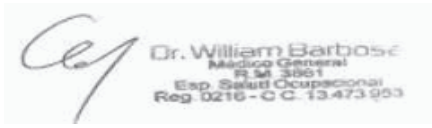


N° 29.353

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	01 MES	2026 AÑO	CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES LABORALES			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES				PARTICULARES			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
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				Género	Edad	Documento de Identificación	
JAIMES VERA YENI XIOMARA				FEMENINO	33 AÑOS 1 MESES 10 DÍAS	CC	1094270174
						Tipo	Número
Cargo							
ABOGADA							
EPS		AFP			ARL		
NUEVA EPS		PORVENIR			POSITIVA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON RECOMENDACIONES LABORALES							
Observaciones: ASISTIR CONTROLES POR PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SU EPS - DIETA SIN AZÚCAR + EJERCICIOS AERÓBICOS							
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:							
EVALUACION MEDICA DE SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES MEDICAS				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)			HÁBITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
		CAPACITACIÓN SOBRE RIESGO ERGONÓMICO, RIESGO PÚBLICO Y TRABAJO SEGURO			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
		APLICACIÓN DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL			FOMENTAR EL AUTOCUIDADO		
					DIETA BALANCEADA		
					ASISTIR CONTROLES POR PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SU EPS - DIETA SIN AZÚCAR + EJERCICIOS AERÓBICOS PAR		
					CONTROL DE TENSION ARTERIAL POR SU EPS		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS: - EXAMENES MEDICOS: EXAMEN PSICOFISICO COMPLETO, TAMIZAJE VISUAL, SISTEMA CARDIOPULMONAR, EXPLORACION DIRIGIDA POR MANIOBRAS DE EXTREMIDAD. MUSCULOS (CUELLO, HOMBROS, MUÑECAS, MANOS, TRONCO, CADERAS, RODILLAS, TOBILLO, PIES) PRUEBAS PARA TUNEL DEL CARPO, TENDINITIS, TENOSINOVITIS Y TRASTORNOS DE HOMBROS, PRUEBAS DINAMICAS DE COLUMNA,EXPLORACION DE ARCOS DE MOVILIDAD,REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS EXPLORACION DE ALTERACIONES DE PIEL Y VARICES EXPLORACION DE HERNIAS							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico



Firma:

Nombre: CC: 13473953 - WILLIAM BARBOSA

R. M.: 3861

L.S.O.: 216



Código de Seguridad

A125G1M29353

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: JAIME VERA YENI XIOMARA

CC: 1094270174