



## LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1


Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en [www.lecmacips.com.co](http://www.lecmacips.com.co)



### CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26 DÍA	09 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTE				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)							
TORRES HORTUA ADRIANA PATRICIA				Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres				Femenino	43 Años	CC	52290279
				Tipo	Número		
Carga <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO QUE NO IMPIDE REALIZAR LABOR ASIGNADA							
Observaciones: No Aplica							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD	
NINGUNA				PERMANENTE		NINGUNA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL				AUDIOMETRIA			
VISIOMETRIA				OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MEDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
NINGUNA				USO DE EPP		EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA							
* USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN EL RIESGO DE TRABAJO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD							
* REALIZAR LAVADOS DE MANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA DE LA OMS							
* PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.							
* CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS							
* INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES							
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)							
* HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.							
* DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE							
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				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma: <u>Adriana P. Torres Hortua</u>			
Nombre: <u>CARRILLO FONTALVO GABRIEL ANTONIO</u>				Nombre: <u>TORRES HORTUA ADRIANA PATRICIA</u>			
R.M.: <u>37308-08</u> L.S.O.: <u>3252 2022</u>				CC: <u>52290279</u>			



# LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901 330 589-1

Dir. Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Valide su certificado en [www.lecmacips.com.co](http://www.lecmacips.com.co)



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
26 DÍA	09 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
INDEPENDIENTE			INDEPENDIENTE		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC: Cédula de Ciudadanía; CE: Cédula de Extranjería; TI: Tarjeta de identidad; PT: Pasaporte)					
TORRES HORTUA ADRIANA PATRICIA			Género		Edad
			Femenino		43 Años
Apellidos y Nombres			Documento de identificación		
			CC		52290279
Carga			Tipo		Numero
AUXILIAR DE ENFERMERIA					

## CERTIFICADO VISUAL

Antecedentes NIEGA

Visiometría:

Agudeza Visual: OD- 20/20 OI- 20/20

Modalidad: HSCHBERG SIMETRICO, ORTOFORICO, DUCCIONES Y VERSIONES CONSERVADAS.

Anexos: PAPPADOS Y VIA LAGRIMAL NORMAL.

OJO DERECHO: 20/20

OJO IZQUIERDO: 20/20

Resultado NORMAL.

Impresión Diagnóstica NORMAL

Recomendaciones 1. NO REQUIERE FORMULA OPTICA 2.CONTROL ANUAL

Médico:

MARIA JACQUELINE JIMENEZ ACOSTA

2042

Firma Profesional

Registro