



Integral Servicios Laborales IPS SAS

NIT: 901.708.292-2

Dirección: Calle 7 #2-29,33,37
Cel: 310 780 9193 Tel: (601) 8436243



N° 99.240

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27 DÍA	11 MES	2025 AÑO	FACATATIVÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
ASOCIACION AGROPECUARIA BRISAS DEL RIONEGRO MUNICIPIO DE LA PEÑA				ASOCIACION AGROPECUARIA BRISAS DEL RIONEGRO MUNICIPIO DE LA PEÑA			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
0145 - CRÍA DE AVES DE CORRAL							
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	
OLAYA HERNANDEZ KEVIN STIVEN				MASCULINO	27 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS	CC	1069873630
						Tipo	Número
Cargo							
GERENTE GENERAL							
EPS		AFP			ARL		
FAMISANAR		NO TIENE			NO REPORTA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA DESARROLLAR LA LABOR, CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
SI	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS						
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 MÉDICO OCUPACIONAL				✓	COPROLÓGICO		
FROTIS DE GARGANTA (SIN CULTIVO)				✓	ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR		
KOH DE UÑAS				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : GENERAL. / NUTRICION		SVE VISUAL					
		NO ALZAR PESO MAYOR DE : 8 KG.					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
* NO MANIPULAR CARGAS +8KG. SE SUGIERE VALORACION EPS GENERAL PESO: 100 TALLA: 167 IMC: 35.8							
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:			
Nombre: CC: 7631796 - FABIAN VASQUEZG				Nombre: OLAYA HERNANDEZ KEVIN STIVEN			
R. M.: 04838-2007				CC: 1069873630			
L.S.O.: 2593-24/06/2020							
Código de Seguridad							
L1488R1X99240							