



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 13.685**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
01 DÍA	02 MES	2024 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	<b>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>					
			Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
<b>PARTICULARES CONTADO</b>				<b>PARTICULARES</b>					
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)									
<b>MAYA CLAVACHE CLAUDIA NATHALIE</b>				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				FEMENINO		38 AÑOS 3 MESES 3 DÍAS		CC	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo <b>ABOGADA</b>									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CUMPLE PARA EL CARGO DE LA EMPRESA</b>									
Observaciones: <i>NO APLICA</i>									
<b>N/A</b>		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>				<b>TIPO</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA			
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>									
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL 				TAMIZAJE VISUAL 					
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>			<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>			<b>HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>			
USAR CORRECCIÓN VISUAL			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL						
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			CAPACITACIÓN						
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>									
SE SUGIERE AUTOCUIDADO FRENTE AL SARS COV 2. NO PRESENTA PREEXISTENCIAS, NO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS SOSPECHOSOS COVID 19, UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL PARA REALIZAR LAS TAREAS DE SU OCUPACIÓN. CUMPLIR LAS NORMAS DEL SGSST, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN A RIESGO. SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER PAUSAS VISUALES, INTERCALAR EL USO DE MOUSE ENTRE MANO DERECHA E IZQUIERDA.									
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.									
<b>Médico</b>				<b>Aspirante o Trabajador</b>					
Firma: 				Firma: 					
Nombre: DIAZ CORDOBA FLOR CATHERINE				Nombre: MAYA CLAVACHE CLAUDIA NATHALIE					
R. M.: 1087959721		L.S.O.: 2452-2021		Código de Seguridad		CC: 1085246577			
				<b>C109711013685</b>					