Occupational Health IPS S.A.S.
Nit 901304065-2
Teléfono 3142618140
Calle 75 # 58-52 Barranquilla - Colombia
www.occupationalhealthips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.455

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	07 MES	2024 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

PARTICULARES DE CONTADO	PARTICULARES DE CONTADO
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)

ALMEIDA GAMARRA KYARA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	35 AÑOS 4 MESES 20 DÍAS	CC	1140819809
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRADOR DE EMPESAS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES
RECOMENDACION POR PATOLOGIA VISUAL QUE REQUIERE VALORACION POR OPTOMETRIA O/Y OFTALMOLOGIA EN SU EPS. : USO DE CORRECCION OPTICA Y CONTROL OPTOMETRICO ANUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : BAJA EN HARINAS Y GRASAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional y valoraciones complementarias registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza,propósito y resultados de mis recomendaciones de la evaluación médica ocupacional según lo contemplado en el artículo 9 y 10 de la resolución 2346 de 2007. 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: ROJAS ANGULO JAIME ALBERTO

R. M.: 0996-1008 **L.S.O.:** 0996-1008

Código de Seguridad
P614V1B17455

Aspirante o Trabajador

Firma: Kyara Almeida

Nombre: ALMEIDA GAMARRA KYARA

CC: 1140819809