IPS CENTRO INTEGRADO DE ENVIGADO S.A.S
NIT. 900640195-8
Calle 51 Sur N° 48 - 66, Sabaneta
Cels. 3005309213 - 3244541392 - Tel. 60(4)4737286 - E-mail. centroipsenvigado@gmail.com
www.ipsenvigado.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 8.279**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 15 DÍA | 02 MES | 2024 AÑO | SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| INDEPENDIENTE CONTADO | 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)

| ÁLVAREZ POSADA DONA MARY | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 51 AÑOS 4 MESES 24 DÍAS | CC | 42793727 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**CONTRATISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA LABORAR**

Observaciones: *NO APLICA*

| 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:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : DE SU PATOLOGIA DE BASE EN SU ENTIDAD DE SALUD | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-EXAMEN OSTEOMUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS.
-SE RECOMIENDA CONTINUAR EN SU ENTIDAD DE SALUD LAS EVALUACIONES Y PLAN DE MANEJO DE SU PATOLOGIA DE BASE.
-SIN RESTRICCIONES LABORALES PARA EL CARGO AL CUAL ASPIRA.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Médico | | Aspirante o Trabajador |
|---|---|---|
| Firma: | | Firma: |
| Nombre: SIERRA ARANGO ALEJANDRO ALBERTO | | Nombre: ÁLVAREZ POSADA DONA MARY |
| R. M.: 60090095 L.S.O.: S2016060090095 | Código de Seguridad Q1070W1C8279 | CC: 42793727 |