

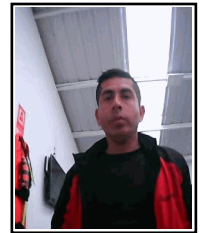
**IPS BIENESTAR LABORAL SAS**

NIT. 901131702-2

Licencia SO 1874-2018

Calle 21 23 - 70 Centro

Cel. 3006635440 - 3004910097 - E-mail. ipsbienestar19@gmail.com

**N° 6.230****CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	10 MES	2022 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS BASICA			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
SOLUCIONES AGROINDUSTRIALES DEL SUR				SOLUCIONES AGROINDUSTRIALES DEL SUR			
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)							
LASSO MELO HOLMES FAVIAS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	35 AÑOS 6 MESES 11 DÍAS	CC	1123321513
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo OFICIOS VARIOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE PARA EL CARGO DE LA EMPRESA							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		SIN RESTRICCION PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
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 TSA				✓			
AUDIOMETRÍA				✓			
TAMIZAJE VISUAL				✓			
VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
				CAPACITACIÓN			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, CUMPLIR NORMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN SST, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DEL RIESGO, CAPACITAR EN ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL, CAPACITAR EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES.							
- ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS, LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS, SE SUGIERE AUTOCUIDADO FRENTE AL SARS COV 2.							
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: DIAZ CORDOBA FLOR CATHERINE				Nombre: LASSO MELO HOLMES FAVIAS			

R. M.: 1087959721

L.S.O.: 2452-2021

Código de Seguridad

CC: 1123321513

C10971106230



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20.500

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS BASICA			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
SOLUCIONES AGROINDUSTRIALES DEL SUR				SOLUCIONES AGROINDUSTRIALES DEL SUR			
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)							
QUIROZ MORILLO RAUL LEONARDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	49 AÑOS 10 MESES 1 DÍAS	CC	98357296
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo TECNICO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APLAZADO		APLAZADO PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
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 TSA				✓	COLESTEROL TOTAL		
AUDIOMETRÍA				✓	TRIGLICERIDOS		
TAMIZAJE VISUAL				✓	GLICEMIA		
VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE TRIGLICERIDOS				CAPACITACIÓN		DIETA BAJA EN GRASAS	
						DIETA BAJA EN AZUCARES	
						DIETA BAJA EN SAL	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: - SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, CUMPLIR NORMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN SST, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DEL RIESGO, CAPACITAR EN ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL, CAPACITAR EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES. - ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS, LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS, SE SUGIERE AUTOCUIDADO FRENTE AL SARS COV 2.							
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA: - MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN. - VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN. - REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. - PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA							

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

Firma: 

Nombre: DIAZ CORDOBA FLOR CATHERINE

R. M.: 1087959721

L.S.O.: 2452-2021



Código de Seguridad

U1097A1G20500

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: QUIROZ MORILLO RAUL LEONARDO

CC: 98357296