IPS CONSULTORIO MEDICO
SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900454855-3
Cel. 310 307 6666 - 313 474 8388
Calle 13 N° 13 - 44 Barrio Juan Mellao - Acacias
Centro Comercial Llanocentro local 108 - Villavicencio
servicios@ipsso.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.830

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	01 MES	2024 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	VALORACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CIFUENTES ALFONSO SANDRA MILENA	FEMENINO	45 AÑOS 8 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	40431177 (Número)

Cargo
INGENIERA DE SISTEMAS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EN EL MOMENTO LAS CONDICIONES DE SALUD SON ADECUADAS PARA LA LABOR ESPECIFICA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Firma: Dra. Katherine Gomez Guevara Médico Especialista Salud Ocupacional RM 50-11876 Lic. 2353

Nombre: GOMEZ GUEVARA KATHERINE

R. M.: 50-11876 L.S.O.: 2353

Código de Seguridad
G596M1S39830

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CIFUENTES ALFONSO SANDRA MILENA

CC: 40431177

Powered by CamScanner