CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

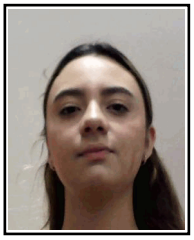
NIT: 900051899

Dir: **Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal**

Celular: **313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155**

Correo: **atencionalusuario@santabarbaraips.com**

Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.459

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	01 MES	2025 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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)

VEGA PEREZ DANIELA SOFIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	22 AÑOS 9 MESES 16 DÍAS	CC	1005483442
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO

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	✓	UROANÁLISIS	✓
GLUCOSA EN SUERO	✓	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA PERSONALIDAD-16 PFF	✓
HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	✓	AUDIOMETRIA SOD	✓
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	✓	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	ENFASIS CARDIOVASCULAR	✓
TRIGLICERIDOS	✓	CONSULTA OPTOMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS.

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:

Nombre: BARRERA MARTINEZ HEIDY NATALY

R. M.: 1121826977 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
J1600P1V3459

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VEGA PEREZ DANIELA SOFIA

CC: 1005483442