TU IPS S.A.S
NIT: 900.590.676-3
Dirección: Av De Las Americas # 63 - 48 Centro Comercial Outlet Factory Local 238-239
Cel: 311 812 6730 - 320 827 8299 - 313 833 4266
Email: comercial@tuips.com.co
www.tuips.com.co
Bogotá, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.028

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO**

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

PARTICULARES

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	
PEREZ CAVIEDES YURELI MANUELA	FEMENINO	22 AÑOS 6 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1074808210 (Número)

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
23/03/2003	3232470870	TÉCNICO	A +	SOLTERO(A)	51.00	157.00	20.69 - PESO NORMAL

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *(VER RECOMENDACIONES)*

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 MÉDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	CAPACITACIÓN : EN HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : EN NEUROLOGIA PARA REINICIAR SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA NEUROLOGICA DE BASE ,SIN SUSPENDER MEDICACION DIARIA		DIETA BALANCEADA
ESPECIALISTA : EN DERMATOLOGIA POR PATOLOGIA CUTANEA		

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:

Nombre: CC: 79057830 - DIEGO EMILIO RESTREPO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PEREZ CAVIEDES YURELI MANUELA

R. M.:	79057830	L.S.O.:	316 / 11/01/2019	Código de Seguridad	CC:	1074808210

S1005Y1E36028