IPS BIENESTAR LABORAL S.A.S
SERVICIO EN MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

IPS BIENESTAR LABORAL SAS
Nit: 901131702-2
Licencia Salud Ocupacional 1874-2018
calle 21 30-23 Las Cuadras, Pasto - Nariño
Teléfonos: 3006635440 - 3004910097
Correo electrónico: ipsbienestar19@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.038

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	06 MES	2025 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA 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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BURBANO DIANA PAOLA	FEMENINO	44 AÑOS 6 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	36951559 (Número)

Cargo
ENCUESTADORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL 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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	TAMIZAJE VISUAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

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 entes 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

S1097Y1E22038

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: BURBANO DIANA PAOLA

CC: 36951559