SAINLAB
I.P.S. SALUD INTEGRAL Y LABORAL S.A.S
Nit: 901638682 - 0

Correo: ipssainlab@gmail.com
Direccion: Nuevo Bosque Tv 52 #29E - 138
Tel Fijo: (605) 6447068?
Cel: 3173344598 - 3165727426
Cartagena - Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.292

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	12 MES	2023 AÑO	CARTAGENA (BOLIVAR, COLOMBIA) Ciudad	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)

BOGALLO PACHECO ROSA ELENA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	27 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	CC	1143392317
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP : USO DE EPP REQUERIDOS PARA EL CARGO. PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS. HIGIENE POSTURAL. SVE OSTEOMUSCULAR : PREVENTIVO. OTROS : SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD. AUTOCUIDADO.	HÁBITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DE 30 A 60 MINUTOS DE INTENSIDAD MODERADA MINIMO TRES VECES POR SEMANA. 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: Gina P Lora F

Nombre: LORA CAMACHO GINA PAOLA

R. M.: 27 2017/2006 L.S.O.: 1372/2014

Código de Seguridad
J1414P1V2292

Aspirante o Trabajador



Firma: Rosa Bogallo

Nombre: BOGALLO PACHECO ROSA ELENA

CC: 1143392317