Integral Servicios Laborales IPS SAS
NIT: 901.708.292-2
Dirección: Calle 7 #2-29,33,37
Cel: 310 780 9193 Tel: (601) 8436243



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 99.238

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	11 MES	2025 AÑO	FACATATIVÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÈDICO OCUPACIONAL MANIPULACIÒN DE ALIMENTOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ASOCIACION AGROPECUARIA BRISAS DEL RIONEGRO MUNICIPIO DE LA PEÑA	ASOCIACION AGROPECUARIA BRISAS DEL RIONEGRO MUNICIPIO DE LA PEÑA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

0145 - CRÍA DE AVES DE CORRAL

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
OLAYA HERNANDEZ YEFFERSSON YECID	MASCULINO	22 AÑOS 6 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	1003533079 (Número)

Cargo

MANIPULADOR DE ALIMENTOS

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	NO REPORTA	NO REPORTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESARROLLAR LA LABOR, CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

SI	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS

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	✓	COPROLÓGICO	✓
FROTIS DE GARGANTA (SIN CULTIVO)	✓	ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
KOH DE UÑAS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASAS VEGETALES Y HARINAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PESO: 102 KGRS
TALLA: 170 CM
IMC: 35.29 - OBESIDAD GRADO II

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

Gustavo J. Sánchez M. Médico Especialista en Gerencia de SST Resolución 25-0785 de 2025

Firma:

Nombre: CC: 1034320705 - GUSTAVO JOSE SANCHEZ

R. M.: 011316-25 DE 10 2019 **L.S.O.:** 25-0785 DE 2025

Código de Seguridad
R1488X1D99238

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OLAYA HERNANDEZ YEFFERSSON YECID

CC: 1003533079