IPS Segursalud Ltda.

NIT: 901.626.450 - 7
Dirección: Calle 18 No. 21 - 71 Barrio Jardín,
Santa Marta. Magdalena
Teléfonos: (605) 4333803 - Celular: 3015758262
ipssegursalud@gmail.com

IPS SEGURSALUD LTDA



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.905

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2024 AÑO	SANTA MARTA (MAGDALENA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PREINGRESO

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

CARDIOVIDA SANTA MARTA S.A.S.	CARDIOVIDA SANTA MARTA S.A.S.
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)

ANAYA SOCARRAS YULIETH ALEXANDRA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	29 AÑOS 6 MESES 13 DÍAS	CC	57380320
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUDITORA DE CALIDAD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EXAMEN MÉDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA EL CARGO

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 OSTEOMUSCULAR	✓	HEMOGRAMA IV	✓
VISIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL Y NUTRICION.	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

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

Ana María Castillo García
Médico
TP 1118840714
Lic SST 054-2023

Firma:

Nombre: ANA MARIA CASTILLO GARCIA

R. M.: 1118840714 **L.S.O.:** 054 16/08/2023

Código de Seguridad
J1348P1V4905

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ANAYA SOCARRAS YULIETH ALEXANDRA

CC: 57380320