INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S
NIT. 900.329.703-8
E-mail: comercial@inprosalud.com.co
Tel: 60+1+7443330
Web: www.inprosalud.com.co
Funza 2528602304-08 - Madrid 2543002304-01 - Ibagué 7300102131-01
Montería 2300101408-01 - Ubaté 2584302304-09
OE 20 053801204204 - Palermo 415980130002 - Cartagena 1300102263



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.962

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	10 MES	2024 AÑO	LA ESTRELLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO
Hora: 10:10 a.m			Ciudad	

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)

VALENCIA MAYA JUAN FERNANDO DE JESUS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	41 AÑOS 5 MESES 21 DÍAS	CC	71277367
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
GERENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.

Observaciones: *PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO*

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 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	AUDIOMETRÍA	✓
OPTOMETRIA	✓	----------	

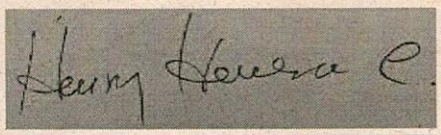
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS : SE REMITE A VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR NUTRICIONISTA Y OPTOMETRÍA CLÍNICA DE SU EPS	USO DE EPP : USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO AL CARGO O ACTIVIDADES A REALIZAR	HABITOS SALUDABLES : DORMIR ENTRE 6 A 8 HORAS DIARIAS
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : CONTROL EN UN AÑO EN SU EPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS MÍNIMO 2 VECES POR JORNADA	CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO.
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO EN SU EPS		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : CAMINAR 45 MINUTOS DIARIOS 4 A 5 VECES POR SEMANA
		DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZÚCARES ARTIFICIALES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRESENTA PATOLOGÍAS Y A PESAR DE ESTAR PRESENTE NO LE IMPIDE DESEMPEÑAR ADECUADAMENTE SU CARGO. SE REMITE A VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR NUTRICIONISTA Y OPTOMETRÍA CLÍNICA DE SU EPS. SE RECOMIENDA CAMINAR 45 MINUTOS DIARIOS 4 A 5 VECES POR SEMANA, DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZÚCARES ARTIFICIALES, BAJAR DE PESO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS MÍNIMO 2 VECES POR JORNADA, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, SEGUIR PROTOCOLOS Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL.

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

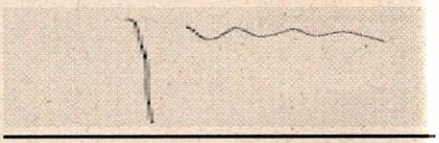
Firma: 

Nombre: HERRERA CASTRO HENRY ARAMIS

R. M.: CMC2016-15214 L.S.O.: 2020060113697

Código de Seguridad
N820T1Z40962

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: VALENCIA MAYA JUAN FERNANDO DE JESUS

CC: 71277367