IPS CENTRO INTEGRADO DE ENVIGADO S.A.S
NIT. 900640195-8
Calle 51 Sur N° 48 - 66, Sabaneta
Cels. 3005309213 - 3244541392 - Tel. 60(4)4737286 - E-mail. centroipsenvigado@gmail.com
www.ipsenvigado.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.204

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE DE CONTADO	INDEPENDIENTE

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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	
SANCHEZ MARIN VALENTINA	FEMENINO	25 AÑOS 5 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	1000920807 (Número)

Cargo: **PROFESORA DE PATINAJE**

EPS	AFP	ARL
SURA	PROTECCIÓN	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGIA NO RESTRICTIVA

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 OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA	✓	VISIOMETRIA POR OPTOMETRA	✓
AUDIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGÚN PRESCRIPCIÓN DE LA OPTOMETRA, PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-EXAMEN OSTEOMUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS
-VISIOMETRÍA- CON ALTERACIÓN EN VISIÓN LEJANA
-AUDIOMETRÍA- NORMAL
-SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA.
-RECUERDE PRACTICAR EL AUTOCUIDADO EN SU LUGAR DE TRABAJO.
-MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

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



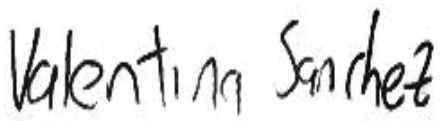
Firma:

Nombre: CC: 71652813 - FABIO CRISTIAN VELEZ

R. M.: 5820-92 **L.S.O.:** 00137

Código de Seguridad
V1070B1H16204

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SANCHEZ MARIN VALENTINA

CC: 1000920807