NIT. 816.003.024-0
Calle 19 #5-13, piso 4. Clínica Risaralda
Teléfonos: (6)3211606 - (6)3451190 - Celular 320-726-9333
E-mail. informacion@previsionocupacional.com - www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 114.085

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	**11** MES	**2024** AÑO	**PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR BÁSICO**

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

Nombre de la empresa	**Empresa que contrata al trabajador**
PARTICULARES	**BLANCA LIGIA SANTOS QUIÑONES**

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	RH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SANTOS QUIÑONES BLANCA LIGIA	O +	FEMENINO	64 AÑOS 4 MESES 4 DÍAS	Tipo: CC	Número: 35326969

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

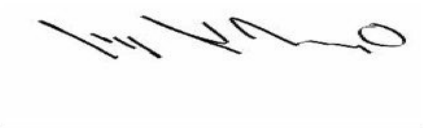
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP : DOTAR DE EPP COMPLETOS Y HOMOLOGADOS SEGÚN FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL, SE SUGIERE MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS CAPACITACIÓN : CAPACITACIONES PROPIAS DE LA LABOR, EN AUTOCUIDADO DE LA SALUD. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO,	HÁBITOS SALUDABLES : REALIZAR EJERCICIO REGULAR AL MENOS 3 VECES A LA SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA, MEJORA EL ESTADO FÍSICO Y PREVIENE PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES, POR LO QUE LE RECOMENDAMOS LA PRÁCTICA DE TROTE, CAMINATA ENÉRGICA, NATACIÓN, CICLISMO U OTRA ACTIVIDAD DEPORTIVA, ACORDE CON SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD

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				Aspirante o Trabajador	
Firma:				Firma:	
Nombre:	ROBLEDO OSPINA JORGE ELIECER			Nombre:	SANTOS QUIÑONES BLANCA
R. M.:	0689	L.S.O.:	0105-2020	CC:	35326969

Código de Seguridad

R133X1D114085