



# Occupational Health IPS S.A.S.

Nit 901304065-2

Teléfono 3142618140

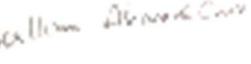
Calle 75 # 58-52 Barranquilla - Colombia

www.occupationalhealthips.com



N° 18,982

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25 DÍA	07 MES	2024 AÑO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO			
BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
JORGE DAVILA			JORGE DAVILA			
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)						
WILLIAM JOSE ALVARADO CARO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	30 AÑOS 10 MESES 51 DÍAS	CC	1140863233
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA</b>						
Observaciones: <b>NO APLICA</b>						
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:						
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO		✓	ESPIROMETRIA			✓
AUDIOMETRIA TAMIZ		✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR			✓
VISIONETRIA		✓	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL EN UN AÑO		USO DE EPP			HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
RECOMENDACION POR AUMENTO EN EL INDICE DE MASA CORPORAL QUE REQUIERE DIETA Y EJERCICIO Y VALORACION POR NUTRICION EN SU EPS.		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
RECOMENDACIÓN PARA VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EN SU EPS.						
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional y valoraciones complementarias registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza, propósito y resultados de mis recomendaciones de la evaluación médica ocupacional según lo contemplado en el artículo 9 y 10 de la resolución 2346 de 2007. 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.</p> <p>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>						
Médico		Aspirante o Trabajador				
						
Firma:		Firma:				
Nombre: MENDOZA GUTIERREZ JUDITH RAFAELA		Nombre: ALVARADO CARO WILLIAM JOSE				
R. M.: 2561		L.S.O.: 4804				
		Código de Seguridad: <b>X618D5A12392</b>				
		CC: 1140863233				