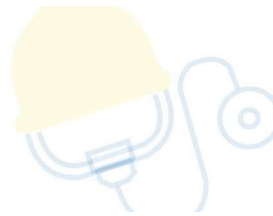




Occupational Health IPS S.A.S.
Nit 901304065-2
Teléfono 3142618140
Calle 75 # 58-52 Barranquilla - Colombia
www.occupationalhealthips.com



N° 18,982

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25 DÍA	07 MES	2024 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	30 AÑOS 10 MESES 51 DÍAS	CC	1140863233
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: <i>NO APLICA</i>							
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		
VISIOMETRIA				✓	-----		
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. 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				CC: 1140863233			
				Código de Seguridad X618D5A12392			