

H.C.: 71777805-396399
Fecha y Lugar: 25/10/2024 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA
Empresa Contratante:
DISTRIBUIDORA JCJ SAS
NIT: 901586011

Empresa en Misión: -

Dirección: CR 78 45 E 12

Teléfono: 3145221160 -

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: jimesama@hotmail.com

Actividad Económica:

Comercio al por mayor de productos alimenticios.

Nivel de Riesgo:

4

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR
Nombre: FABIO LEON VALENCIA BELTRAN

Género: MASCULINO

Edad: 48

Fecha y Lugar de Nacimiento: 12/09/1976 MEDELLIN

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: BELLO BELLO

ARL: SURA

Identificación: 71777805

Teléfono: 3127016733

Rh: RH

Móvil:
Cargo: CONDUCTOR

Escolaridad: BACHILLERATO

EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS

AFP: NO REPORTA

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL
CUMPLE PARA EL CARGO
4. OBSERVACIONES

DEBE CONSULTAR EN SU EPS POR HALLAZGOS EN LABORATORIOS

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLES, EJERCICIO DE MANERA REGULAR OFICIO.

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL

INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.

COMBINAR TAREAS ESTÁTICAS CON OTRAS DE MOVIMIENTO DINÁMICO.

VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.

REALIZAR EL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PÚBLICOS.

USO DE LENTES FORMULADOS PARA VER DE CERCA.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA (COORDINACIÓN MOTRIZ)	REALIZADO NORMAL
AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISSIOMETRIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
TOXICOLOGICO MARIHUANA COCAINA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL	-
CARDIOVASCULAR	-

Información de Remisiones

NUTRICION

MÉDICINA GENERAL EPS

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO

Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.

La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o será contratado.

Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la

información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.

Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(os) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.



Monica Garcia

Fabio Leon J

Médico Especialista en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

Firma y cédula del Paciente
FABIO LEON VALENCIA BELTRAN
71777805