



Santa Clara
I.P.S. Ocupacional

NIT. 900.207.684-2

REPS:7600107047-01

Calle 23AN # 2N 75 - Cali, Colombia

Cel. 3183482110 - 3183482110 - 3146301564 - 3152788102

Tel. (602) 6682828 - E-mail. pqrs@santaclara.com.co

www.ipsocupacionalsantaclara.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 121.993

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
05 DÍA	07 MES	2023 AÑO	INGRESO		
Cali (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)					
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULAR 2023 - CONV2 - ADESC - CONTADO - INTRA			PARTICULARES		
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)					
ROJAS ROSERO RICHARD ANDRES			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	45 AÑOS 7 MESES 20 DÍAS	CC 98398642
Cargo					
CONTRATISTA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO		
Observaciones: NO APLICA					
N/A			NO SE EVALUARÁN 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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma:			Firma:		
Nombre: SALAZAR VILLANUEVA LEIDY JOHANA			Nombre: ROJAS ROSERO RICHARD ANDRES		
R. M.: 76-4216-2010 L.S.O.: 1055-2016			CC: 98398642		
Código de Seguridad			F703L1R121993		