GRUPO MEDICO Laboral I.P.S SAS

Nit. 900773537-4
Habilitación No DHS677524

Sede Sur
ISO 722
Tel. 379 5951 Cel. 301 788 9281
Carrera 73 # 6-15 Barrio Capri

Sede Norte
ISO 13801
Tel. 348 2061 Cel. 302 344 0266
Calle 44 Norte No 4N- 43 Barrio La Flora

gerencia@grupomedicolaboral.com / www.grupomedicolaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.839

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	09 MES	2019 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	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)

OSORIO PEREZ MARIA ALEJANDRA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	33 AÑOS 1 MESES 23 DÍAS	CC	1129568110
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INDEPENDIENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DE CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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:

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PANORAMA DE RIESGOS DE LA EMPRESA
ESTILO DE VIDA SALUDABLE
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA COMO MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA

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

Dr Cesar Sierra Imitola
Medico Cirujano
RM 196884
Especialista en salud ocupacional
Medicina del Trabajo y Calificación de Invalidez
LSO.2495 C.C. 8506338

Firma:

Nombre: SIERRA IMITOLA CESAR

R. M.: 196884 **L.S.O.:** 2495

Código de Seguridad
O602U1A1839

Aspirante o Trabajador

Firma: María Alejandra Osorio

Nombre: OSORIO PEREZ MARIA ALEJANDRA

CC: 1129568110