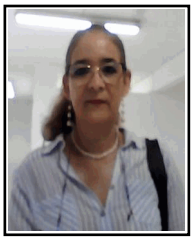
Nit. 900773537-4
Habilitación No DHS677524

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

Sede Norte
lSO 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° 16.939**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 01 DÍA | 03 MES | 2021 AÑO | CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

**DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, 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)

| MONTOYA CONCHA GLORIA PATRICIA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 57 AÑOS 9 MESES 16 DÍAS | CC | 38862048 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**ABOGADA CONTRATISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

| APTO | SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR |
|---|---|

| 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 |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | SVE VISUAL | HÁBITOS SALUDABLES |

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
USO DE E.P.P SEGUN MATRIZ DE RIESGO
ESTILO DE VIDA SALUDABLE

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

**Firma:**

**Nombre:** SIERRA IMITOLA CESAR

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

**Código de Seguridad**
**Q602W1C16939**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** MONTOYA CONCHA GLORIA PATRICIA

**CC:** 38862048