INTEGRAL SERVICIOS OCUPACIONALES S.A.S
NIT. 901224188-6
Calle 7 # 3-45
Cel. 3107809193 Tel. (091)8421645
integralserviciosocupacionales@gmail.com
Facatativá- Cundinamarca



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.604

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	01 MES	2023 AÑO	FACATATIVÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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)

CASTIBLANCO BOHORQUEZ ANDERSON SEBASTIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	25 AÑOS 1 MESES 20 DÍAS	CC	1070983071
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
SERVIDOR PUBLICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESARROLLAR LA LABOR

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 MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE GAFAS CORRECTIVAS PERMANENTES
LAVADO FRECUENTE DE MANOS
USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS
DISTANCIA SOCIAL SUPERIOR A 1 METRO.
EVITAR AGLOMERACIONES.
CUIDADOS PARA INGRESAR A CASA.

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

Fabian Vasquez P.
Medico Esp. Salud Ocupacional
U.C.C.
R.M. 4838 - L.S.O. 2953

Firma:

Nombre: VASQUEZG FABIAN DE JESUS

R. M.: 4838-2007 **L.S.O.:** 2593-24/06/2020

Código de Seguridad
J578P1V40604

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CASTIBLANCO BOHORQUEZ ANDERSON SEBA

CC: 1070983071