DANNY MUÑOZ P.

Médico especialista en seguridad
y salud en el trabajo.





CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1570

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	01 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO

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

PARTICULAR	PARTICULAR
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)

ECHEVERRI MUÑOZ MANUEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	63 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS	Tipo: CC	Número: 13.008.581

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

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	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
- CONTROL POR OPTOMETRIA CADA AÑO.	- USO DE EPP - PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL - SVE OSTEOMUSCULAR	- HÁBITOS SALUDABLES - FORTALECIMIENTO MUSCULAR - ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA - HACER DEPORTE - DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-CONTINUAR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.

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: Danny Muñoz P.	Firma:
Nombre: MUÑOZ PIEDRAHITA DANNY DARIO	Nombre: ECHEVERRI MUÑOZ MANUEL
R. M.: 194573 L.S.O.: 077829	CC: 13.008.581