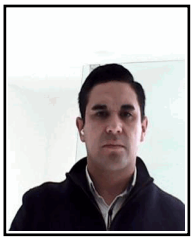
CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.

Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019

Calle 8 # 8-103 Ubaté - Cundinamarca
Tel. 855 2613 - Cel. 313 453 5980
info@clinicasaguil.com

Calle 6 # 4 - 80 oficina 302 Samacá – Boyacá
Cel. 3227186701
infosamaca@clinicasaguil.com

www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.216

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	**01** MES	**2023** AÑO	**VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

INDEPENDIENTES	**INDEPENDIENTES**
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)

GUERRERO CUERVO JHON JAIRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 1 MESES 26 DÍAS	CC	1070305260
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ASESOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

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:

EXAMEN MEDICO DE INGRESO	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA- REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS)- USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- BAJAR DE PESO CON DIETA BAJA EN CALORÍAS (GRASAS, HARINAS Y AZÚCARES)- TOMAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR CONTAGIO COVID 19.

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

Firma: Natalia Esparza

Nombre: ESPARZA ESPARZA NATALIA

R. M.: 1019044876 **L.S.O.:** 1381 - 03/02/2017

Código de Seguridad
L543R1X24216

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUERRERO CUERVO JHON JAIRO

CC: 1070305260