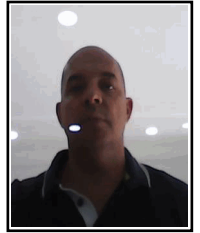




Nit. 900773537-4
Habilitación No DHS677524

Sede Sur
ISO 722
Tel. 379 5951 Cel. 301 788 9281
Carrera 73 # 6-15 Barrio Capri
gerencia@grupomedicolaboral.com / www.grupomedicolaboral.com

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.847

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
31 DÍA	12 MES	2021 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
Ciudad							
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)							
CARRILLO ORDOÑEZ MAURICIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	45 AÑOS 4 MESES 5 DÍAS	CC	94487335
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DE 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	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PREVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO BIOMECANICO USO DE EPP SEGÚN PANORAMA DE RIESGOS DE LA EMPRESA PAUSAS ACTIVAS SEGÚN POLÍTICA DE LA EMPRESA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO Y BUENOS HÁBITOS DE SALUD SEGUIR PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN 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				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: SALAZAR HINCAPIE CESAR AUGUSTO				Nombre: CARRILLO ORDOÑEZ MAURICIO			
R. M.: 002991 L.S.O.: 1660				CC: 94487335			
				Código de Seguridad J602P1V24847			