Dr. WILLIAM GÓMEZ
UNIDAD MÉDICA
TU SALUD EN NUESTRAS MANOS

NIT. 19.427.943
Carrera 9 N° 16-49 Barrio San José
Cel. 300 303 1361 - 300 550 6899 - Tel. 605-7261795
E-mail. unidadmedicadr.williamgomez@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.160

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	05 MES	2023 AÑO	MAICAO (LA GUAJIRA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO	SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ORELLANO DE LA ROSA DANNA CAROLINA	FEMENINO	24 AÑOS 9 MESES 24 DÍAS	Tipo: CC	Número: 11240728006

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *CUMPLE CON LOS REQUISITOS MEDICOS OCUPACIONALES PARA EL CARGO*

APTO	PARA REALIZAR LABORES COMO ASISTENTE ADMINISTRATIVO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA	TEMPORAL	NINGUNA

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
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN	HACER DEPORTE
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

DE ACUERDO AL EXAMEN MEDICO NO SE EVIDENCIA PATOLOGIA LABORAL A LA FECHA, NO PRESENTA PATOLOGIAS QUE SE PUEDA AGRAVAR CON EL EJERCICIO DE LA LABOR ENCOMENDADA

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: William Alberto Gómez Cifuentes

Nombre: GOMEZ CIFUENTES WILLIAM ALBERTO

R. M.: 16109 L.S.O.: 8207

Código de Seguridad
Y1193E1K2160

Aspirante o Trabajador

Firma: Danna Orellano

Nombre: ORELLANO DE LA ROSA DANNA CAROLINA

CC: 11240728006