Nit. 900773537-4
Habilitación No DHS677524

Sede Sur
lSO 722
Tel. 379 5951 Cel. 301 788 9281
Carrera 73 # 6-15 Barrio Capri

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

gerencia@grupomedicolaboral.com / www.grupomedicolaboral.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.627

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	12 MES	2021 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ESTRADA SANCHEZ ANDRES FELIPE	MASCULINO	31 AÑOS 4 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1018436875 (Número)

Cargo
ABOGADO

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 ✓ | ----------

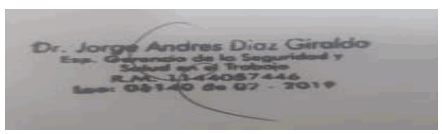
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	SVE AUDITIVO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, AL MENOS 120 MINUTOS A LA SEMANA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, MANEJO DEL ESTRÉS, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD, HIGIENIZACION, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS. SE REALIZA PREGUNTAS ACERCA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON COVID 19: NEGATIVA

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:

Nombre: DIAZ GIRALDO JORGE ANDRES

R. M.: 1144057446 **L.S.O.:** 01149-02-2019

Código de Seguridad
D602J1P24627

Aspirante o Trabajador

Firma: Andrés Estrada

Nombre: ESTRADA SANCHEZ ANDRES FELIPE

CC: 1018436875