



Nº 8.410

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
31	03	2023	GUADUAS (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)		
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
CONSUMIDOR FINAL			CONSUMIDOR FINAL		
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)					
TELLEZ VARGAS SANDRA ANDREA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	34 AÑOS 11 MESES 5 DÍAS	CC 1072746013
Carga			Tipo Número		
AUXILIAR ADMINISTRATIVO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
CUMPLE CON EL PERFIL PARA EL CARGO SIN RESTRICCION.					
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 OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP			
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. VALORACION NUTRICIONAL, EJERCICIO REGULAR, ALIMENTACION SALUDABLE.					
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: CHAVES PORTILLA GUILLERMO ADRIAN			Nombre: TELLEZ VARGAS SANDRA ANDREA		
R. M.: 25852/04 L.S.O.: 253820 DE 2013			CC: 1072746013		
 Código de Seguridad			C674I108410		