SERVICIOS GENERALES DE SALUD
OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

MACONDO s.a.s.
ACACIAS

Nit. 900839534 - 8
Carrera 17 # 12 - 02 Esquina. Barrio Centro
Acacias - Meta
Cel. 316 287 9190 Tel. 6 56 93 94
E-mail: so.macondo.sas@gmail.com

DHS 281341

Código:	SGM-SST-CMO-001
Versión:	001
Fecha:	ENERO-01-2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.995

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	05 MES	2021 AÑO	ACACÍAS (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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)

LEON VERA OSCAR MAURICIO	Genero	Edad	Hemoclasificación	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS	A +	CC	1121824428
Apellidos y Nombres				Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *PACIENTE SANO*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

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 MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NIEGA SINTOMATOLOGIA COVID 19
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL GOBIERNO NACIONAL PARA EVITAR LA PROPAGACIÓN DEL VIRUS 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Claudia Diazgranados F
C.C. 57.460.561
Médico y Cirujano
UNILIBRE RM 50-9590
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Según Resolución 2773 (2015)

Firma:

Nombre: DIAZGRANADOS FLORIAN CLAUDIA YOLIMA

R. M.: 50 9590 **L.S.O.:** 2773/2015

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LEON VERA OSCAR MAURICIO

CC: 1121824428

